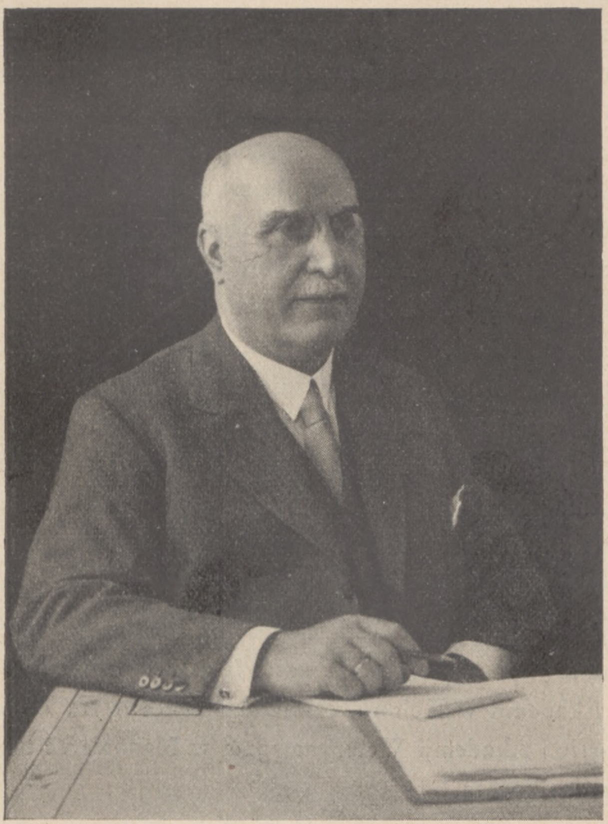
WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MARZEC—KWIECIEŃ

ROK VII 1935 NUMER 2



† DR. RUDOLF MANN

13. X. 1861 — 15. I. 1935

Dnia 15 stycznia 1935 roku zmarł na Teneryfie po długich i ciężkich cierpieniach ś. p. Rudolf Mann w wieku lat 74. W zmarłym traci I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft przewodnika, który położył niezmierne zasługi dla rozbudowy wydziału farmaceutycznego „Bayer"; z okazji obchodzonego przez niego w roku 1928-ym 40-lecia pracy zawodowej te jego zasługi zostały należycie uczczone.

Karjerę swą Rudolf Mann rozpoczął w roku 1888-ym, gdy po ukończonych studjach handlowych, odbytych częściowo zagranicą, wstąpił do ówczesnych zakładów Friedr. Bayer & Co w Elberfeld. Już wtedy, w wieku stosunkowo młodym, powierzono mu kierownictwo handlowe wydziału farmaceutycznego, który wówczas włączony był do wydziału farb. Z nadzwyczajną zręcznością kupiecką i zdolnością bystrego przewidywania przyszłych konjunktur doprowadził ś. p. Rudolf Mann wydział farmaceutyczny do znaczenia światowego i rozsławił przez to imię „Bayer" po wszystkich krajach. W roku 1906-ym powołany został do prezydjum zakładów, gdzie czekały go nowe wielkie zadania. Gdy dzieło jego życia zostało przez wojnę światową nieomal zupełnie zniszczone, udało się jego niestrudzonej woli, w związku z wysokiem poważaniem, jakiego zażywał w świecie przemysłowo-handlowym, nawiązać względnie szybko zerwane nici. Dzieło Rudolfa Manna rozwijało się i nabierało znaczenia głównie dzięki temu, iż był on nawskroś przekonany o wielkiem znaczeniu wiedzy, zarówno ścisłej jak i doświadczalnej, jako podstawy dla budowy i rozwoju przemysłu farmaceutycznego; wskutek tego wspierał i wspomagał wszelkie jej zamierzenia. Rezultaty badań naukowych i wielki talent kupiecki kierownika wydziału farmaceutycznego nadały ponownie imieniu „Bayer" znaczenie w świecie.

Zasługi położone przez ś. p. Rudolfa Manna dla wiedzy lekarskiej nie zostały bez uznania. Był on doktorem honoris causa wydziałów filozoficznego i medycznego Akademji w Kolonji, członkiem honorowym Akademji Medycznej w Düsseldorfie i Akademji Weterynaryjnej w Hanowerze oraz posiadaczem medalu Bernharda Nochta.

W roku 1931 wystąpił z prezydjum I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft; powołany został natomiast do rady nadzorczej i administracyjnej.

Zgasł w nim wybitny pionjer wiedzy farmaceutycznej.

Dr. W. SCHULTZ, asystent Klin. Ginekol., poprzednio asystent III Klin. Chor. Wewn. Hamburg — Eppendorf.

ZASTAWKOWE WADY SERCA I CIĄŻA.

(Referat według „Deutsche Medizinische Wochenschrift" 1933, Nr. 43).

Badania w dziedzinie fizjologji krążenia uczyniły w ciągu ostatnich lat znaczne postępy (*Barcroft, Eppinger, Rein* i t. d.). Nowe te odkrycia mają wielkie znaczenie również i w położnictwie. Z jednej strony pozwalają one lepiej zrozumieć zawiłą patologję cierpień sercowych podczas ciąży, z drugiej zaś umożliwiają właściwe zastosowanie całego szeregu zabiegów leczniczych.

Ciąża stanowi niewątpliwie bardzo duże obciążenie krążenia; dowiodły tego badania nad fizjologją pracy (*H. F. Schmidt*), badania tętna (*W. Frey, Hansen*), stwierdzenie powiększenia ilości krwi krążącej i t. d. To przeciążenie krwiobiegu nie może pozostać, oczywiście, bez wpływu na serce, które powiększa podczas ciąży swą objętość (przerost mięśniówki i zwiększenie się pojemności jam sercowych).

Większość kobiet ciężarnych, dotkniętych wadami zastawkowemi, znosi poród i połóg zupełnie dobrze, nie doznaje żadnych dolegliwości, związanych z obecnością wady serca. Zwykle wykrycie wady serca u ciężarnej stanowi niespodziankę, gdyż pacjentka czuje się dobrze i dopiero od lekarza dowiaduje się o swej chorobie sercowej, która przebiegała poza jej świadomością.

W sprawie rokowania należy odróżniać między: 1) stanem krążenia i 2) siłami rezerwowemi, któremi rozporządza krążenie.

Podczas ciąży ścisłe określenie sił zapasowych obiegu krwi jest niemożliwe. Krążenie, które zawsze znajdowało się w stanie wyrównania, rozporządza większemi zapasami niż krążenie, które kilkakrotnie ulegało niedomodze. Siły rezerwowe krążenia niewyrównanego, które odzyskuje wyrównanie pod wpływem odpowiedniego leczenia, są większe niż siły rezerwowe krążenia, które nie reaguje wcale lub reaguje jedynie mało na interwencję terapeutyczną. Nie należy zapominać, że krążenie powinno podczas ciąży rozporządzać pewnym zapasem sił rezerwowych, niezbędnych dla prawidłowego odbycia porodu.

W przeciwieństwie do sił rezerwowych stan krążenia możemy określić z dostatecznie dużą ścisłością. Według zdania położników przebieg ciąży zależy w znacznym stopniu od rodzaju wady zastawkowej i pod tym względem należy tu zwrócić szczególną uwagę na zwężenie lewego ujścia żylnego (Stenosis mitralis).

Poglądy co do wpływu zwężenia lewego ujścia żylnego na przebieg ciąży i porodu nie są zgodne: jedni autorzy uważają to cierpienie za szczególnie niebezpieczne, podczas gdy inni nie uważają tej postaci wady za gorszą dla ciąży niż inne wady sercowe. *Naujoks* podaje wyniki ankiety, przeprowadzonej w tej

sprawie wśród wybitnych lekarzy. Więcej niż połowa była zdania, że zwężenie lewego ujścia żylnego grozi istotnie szczególnem niebezpieczeństwem. Pewną rolę w analizie tego zagadnienia odgrywa zwężenie mitralne, zwane „samoistnem“ *(Durozier)*. Cierpienie to, przy którem lewe ujście żylne jest zwężone, lecz pozostaje mimo to elastyczne, jest coprawda chorobą bardzo rzadką, w odróżnieniu od zwężenia, przy którem zastawki pod wpływem przebytego reumatycznego zapalenia wsierdzia tworzą pierścień sztywny i mało podatny.

Od r. 1900 do dnia dzisiejszego stwierdzono na klinice położniczej w Eppendorfie 20 przypadków śmierci podczas ciąży wskutek wad zastawkowych serca. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, dokonano sekcji. Zaledwie w jednym przypadku stwierdzono zwężenie „samoistne“. Należy mówić o zwężeniu mitralnem zawsze, gdy zmiany zastawkowe wywierają na dynamikę krążenia wpływ zwężający, chociaż anatomicznie mamy prawie zawsze do czynienia z niedomykalnością zastawkową.

Autor obserwował w ostatnich czasach dużo przypadków stenozy mitralnej. Kobiety, dotknięte tem cierpieniem (niektóre nawet już od wielu lat), były w stanie rodzić kilkakrotnie, przyczem przebieg ciąży i porodu był zupełnie prawidłowy. Wada u tych pacjentek była, coprawda, całkowicie wyrównana, tak że nie wiedziały one nawet o jej istnieniu.

Przypadek opisany przez *Volharda* wykazuje, że dobre rozpoznanie i zastosowanie odpowiedniego leczenia (bardzo ostrożne podawanie naparstnicy), mogą doprowadzić do szczęśliwego końca ciążę, nawet u kobiety, która poprzednio znajdowała się już kilka razy w stanie niewydolności krążenia.

Według autora niema żadnych wskazań, aby w przypadkach wyrównanej stenozy mitralnej ciążę przerywać, zwłaszcza jeżeli mamy dostateczne dane dla przyjęcia istnienia pewnych sił zapasowych krążenia. Zwężenie lewego ujścia żylnego należy jednak traktować zawsze poważnie i przestrzegać podczas ciąży wszelkich przepisów ostrożności, gdyż stan chorej może szybko i niespodziewanie pogorszyć się i doprowadzić do objawów niewyrównania.

Takie gwałtowne pogorszenie stenozy mitralnej może czasami być związane również i z niewłaściwem leczeniem. *Eppinger, Wollheim* i inni wyjaśnili w swych pracach zachowanie się krążenia u chorych sercowych, znajdujących się w stanie niewyrównania. Niewyrównanie cechuje się do pewnego stopnia znacznem zwiększeniem ilości krwi krążącej. W takich warunkach chore serce nie może podołać narzuconemu mu zwiększeniu pracy i jego rzut minutowy słabnie. W ten sposób ilość krwi krążącej zwiększa się stale (zastój) i wytwarza się bardzo niebezpieczne błędne koło *(Wollheim)*. U kobiety w ciąży, której krążenie i tak już jest bardzo przeciążone, podobny stan może prędzej niż zwykle doprowadzić do katastrofy. W związku z tem energiczna digitalizacja pogarsza nierzadko stan stenozy mitralnej, gdyż serce zmuszone do większej pracy nie może jednak przetłoczyć przez zwężony otwór zwiększonej ilości krwi; wytwarza się w ten sposób przeładowanie krążenia płucnego *(Schellong)*.

W podobnych przypadkach leczenie powinno przedewszystkiem mieć na celu odciążenie krążenia żylnego, co osiąga się najlepiej zapomocą obfitego upustu krwi, przez podwiązanie kończyn dolnych, przez posadzenie chorej z opuszczonemi nogami i uniesionym tułowiem i przez unikanie większych dawek naparstnicy lub strofantyny.

Stenoza mitralna zupełnie wyrównana wymaga jedynie starannej kontroli oraz unikania wszelkich nadmiernych wysiłków. Leczenie farmakologiczne można ograniczyć do minimum. W obecności objawów niewyrównania jedynie stan krążenia rozstrzyga o rokowaniu, podobnie zresztą jak przy innych wadach serca. Większość przypadków śmiertelnych przybyła na klinikę w stanie ciężkiego niewyrównania i leczenie rozpoczęto, niestety, zbyt późno.

Wobec tego, że u kobiet ciężarnych, dotkniętych wadami zastawkowemi najistotniejszą sprawą jest stan krążenia, należy dążyć do możliwie dokładnej oceny tego stanu. W pracy swej autor nie omawia jednak szczegółowo rozpoznawania i leczenia zaburzeń krążeniowych, lecz ogranicza się jedynie do podania kilku wskazówek ogólnych.

Wiadomo, że niewyrównanie krążenia pociąga za sobą znaczne zwiększenie się ilości krwi krążącej. Podczas zapaści stwierdza się objawy wprost przeciwne. Zbiorniki krwi, zwłaszcza w obrębie krążenia żyły wrotnej i wątroby są przepełnione. Serce pracuje jakby w próżni. Objawy zapaści występują prawie zawsze tylko u kobiet ze zdrowem sercem. Zapaść porodowa przedstawia zjawisko bardzo podobne do wstrząsu, lecz należy zawsze przeprowadzić staranne rozpoznanie różniczkowe, aby nie pomieszać zapaści z innemi stanami chorobowemi, gdyż ma to pod względem leczniczym rozstrzygające znaczenie.

Rozpoznanie zapaści porodowej może być czasem bardzo trudne. Trupia bladość twarzy i ujemny wynik obmacywania brzucha pozwalają na odróżnienie od niedomogi krążenia lub krwotoku wewnętrznego. Najwłaściwszem leczeniem jest wówczas wstrzykiwanie dożylne, kropla po kropli, adrenaliny w roztworze fizjologicznym soli kuchennej *(Schottmüller)*. Dawka adrenaliny wynosi 1 cm^3 roztworu 1 : 1000 na 100 cm^3 roztworu fizjologicznego. Ilość kropel, przenikających do żyły powinna wynosić około 60 na minutę. Wstrzykiwanie takie daje często wyniki szybkie i nadzwyczaj pomyślne. Lekarz, który z powodu braku odpowiednich przyrządów nie może zastosować takiego wlewania dożylnego, powinien się zwrócić do wstrzykiwań efedryny lub sympatolu. W warunkach klinicznych przeważnie udaje się zapomocą wlewania dożylnego przezwyciężyć zapaść porodową z całkowitem powodzeniem; natomiast w warunkach mieszkania prywatnego rokowanie zapaści porodowej należy zawsze uważać za bardzo poważne.

Co się zaś tyczy wskazań do przerwania ciąży, to z powyższych naszych rozważań należy wyciągnąć następujące wnioski:

1) Wady zastawkowe całkowicie wyrównane, które nigdy nie ulegały niewyrównaniu, nie wykluczają posiadania dostatecznej rezerwy sił zapasowych

nawet podczas ciąży. Pacjentki takie mogą więc doprowadzić swą ciążę do pomyślnego końca, powinny jednak przestrzegać odpowiedniego trybu życia i możliwie nie nadwerężać swego krążenia. Leczenie farmakologiczne mogłoby polegać na podawaniu 3 razy dziennie po 5 kropel digitalizatum (ostrożnie w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego). W podobnych przypadkach niema wskazania do przerwania ciąży.

2) Wady zastawkowe niewyrównane stanowią zasadniczo wskazanie do przerwania ciąży, lecz wymagają przedtem przeprowadzenia odpowiedniego leczenia. Rezerwy serca, znajdującego się w stanie niewyrównania, są małe; wobec tego zaś że sił, które się okażą potrzebne podczas zabiegu, dokładnie nie znamy, należy dokonywać poronienia dopiero po energicznej kuracji nasercowej. Jeżeli krążenie (tętno) nie reaguje doraźnie na wstrzykiwania dożylne strofantyny, to wskazane jest jednak nadal dążyć do stworzenia możliwie jaknajpomyślniejszych warunków krążeniowych, gdyż wszelka interwencja, dokonana w okresie niewyrównania, może grozić śmiercią. Jeżeli niewyrównanie stale postępuje, to znaczy, jeżeli nie jesteśmy w stanie przezwyciężyć ostatecznego załamania się krążenia, wówczas i przerwanie ciąży pozostaje bez wpływu na dalszy niepomyślny bieg choroby.

W przypadkach niedomogi utajonej lub przejawiającej się jedynie podczas wysiłku, należy postępować w taki sam sposób, jak w przypadkach z przebytą dawniej niedomogą. Zasób sił takiego serca jest zwykle niewielki. Jednakże w warunkach starannej opieki klinicznej można nawet w takich przypadkach spodziewać się pomyślnego zakończenia ciąży. Pod tym względem szczególne znaczenie mają warunki społeczne pacjentki. Jeżeli możliwą jest stała obserwacja i jeżeli pacjentka może poddać się całkowicie przepisom lekarskim, przerwanie ciąży nie jest konieczne. W innych, mniej pomyślnych warunkach życiowych, lepiej przerwać ciążę. Zawsze należy jednak dążyć, zarówno przed porodem jak i przed dokonaniem poronienia, do osiągnięcia możliwie najlepszego wyrównania. Posiadamy obecnie tak doskonały zespół środków sercowych i naczyniowych, że w znakomitej większości przypadków przywrócenie równowagi krążenia okazuje się rzeczą choć czasami nawet trudną, lecz prawie zawsze możliwą do osiągnięcia.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAPARCIA ZAPOMOCĄ ŚRODKÓW CZYSZCZĄCYCH.

Dr. Friedrich (B. Z. W. 1933), *dr. J. Hattwich* (Wien. med. Wo. tom 71, Nr. 12), *dr. Kritzler* (Deutsche med. Wo. tom 50, Nr. 8), *dr. Gaedertz* (Med. Kl. tom 21, Nr. 42), *dr. F. Kadlez* (W. m. Wo. tom 77, Nr. 9).

Prawidłowa czynność kiszek ma bardzo duże znaczenie dla zdrowia całego ustroju. Większość ludowych środków leczniczych, stosowanych w przypadkach cierpień przewodu pokarmowego, wywiera łagodne działanie czyszczące i zawdzięcza swe różnorodne wskazania słusznemu przekonaniu, że organizm nie powinien przechowywać w sobie zbyt długo produktów rozkładu, powstających w przebiegu trawienia i pozbawionych już wszelkiej wartości odżywczej. Nie ulega wątpliwości, że zbyt długie zaleganie mas kałowych w kiszkach wywiera na ustrój wyraźny wpływ toksyczny.

Środki czyszczące są znane już od najdawniejszych czasów. W związku z wielkiem rozpowszechnieniem stosowania tych leków poznano i zbadano z biegiem lat bardzo dużo różnych preparatów, wykazujących działanie czyszczące. Swoiste działanie olejku rycynowego opisał Dioskurydes już w 64-ym roku po N. Chr. Ujemną stroną olejku jest jego bardzo przykry smak; ponadto wywołuje on czasami dość dokuczliwe bóle. Działanie czyszczące kory kruszyny, korzenia rabarbaru, liści senesowych, aloesu znane jest również od niepamiętnych czasów. Rośliny te stanowią w większości przypadków główną część składową różnych popularnych „ziół odchudzających i czyszczących krew“. Długoletnie, systematyczne prace chemików i farmakologów wykazały, że wymienione rośliny zawdzięczają swe działanie czyszczące zawartości związków chemicznie bardzo do siebie zbliżonych i należących do grupy antrachinonu. Surowce roślinne zawierają jednak ponadto jeszcze liczny szereg związków pod względem działania czyszczącego zupełnie obojętnych, a wywierających czasami nawet niepożądane działanie uboczne. Dążeniem farmakologji jest stosowanie preparatów czystych, niezawierających żadnych niepotrzebnych domieszek. Zajęto się wobec tego badaniami, mającemi na celu wyodrębnienie z surowca roślinnego właściwego składnika czynnego. W roku 1913 udało się stworzyć preparat syntetyczny Istizinę, którego działanie czyszczące odpowiada w zupełności działaniu rabarbaru, kaskary, kruszyny, senesu lub aloesu. Udało się w ten sposób wykorzystać dla celów lecznictwa składnik czynny wymienionych roślin. Istizina posiada nad przetworem naturalnym tę przewagę, że jako preparat chemicznie czysty nie wywołuje żadnych objawów działania ubocznego, jak wzdęcia lub kurcze kiszkowe.

Druga zaleta Istiziny polega na prawie zupełnym braku smaku, co ułatwia jej zażywanie nawet najwrażliwszym pacjentom. Za udogodnienie należy również uważać okoliczność, że zamiast dość dużej ilości naparu ziółek wystarcza dla osiągnięcia tego samego wyniku połknąć tylko jedną małą tabletkę.

Postęp stosowania syntetycznych środków leczniczych polega, mówiąc ogólnie, na tem, że jedynie preparaty chemicznie czyste zawierają zawsze jednakową ilość składnika czynnego. Skład surowców roślinnych nigdy nie może być równomierny, gdyż warunki życiowe każdej poszczególnej rośliny zawsze powodują pewne różnice. To też i działanie lecznicze preparatów roślinnych wykazuje dość znaczne wahania, podczas gdy środki syntetyczne gwarantują równomierność działania ze 100%-ową pewnością.

Z chemicznego punktu widzenia przedstawia Istizina dwuoksyantrachinon. Podobnie jak senes, rabarbar i t. p. działa Istizina przeważnie na perystaltykę kiszek grubych. Istizina nigdy nie wywołuje żadnych przykrych lub niepożądanych objawów działania ubocznego. Wielka zaleta Istiziny polega na tem, że ustrój nie przyzwyczaja się wcale do jej działania, tak że z biegiem czasu nietylko że nie potrzeba zwiększać dawki, lecz okazuje się nawet możliwe dawkę zmniejszać.

Działanie Istiziny ujawnia się przeciętnie po 8 — 10 godz. Najlepiej brać wobec tego Istizinę wieczorem przed snem, co spowoduje nad ranem normalne wypróżnienie.

Niewielka ilość Istiziny ulega wchłonięciu — prawdopodobnie w kiszkach cienkich — co powoduje, zwłaszcza przy zasadowym odczynie moczu, czerwonawe zabarwienie moczu. Dodanie zasady zwiększa natężenie zabarwienia. Zabarwienie to jest zupełnie nieszkodliwe. Należy o tem pamiętać, gdyż przy powierzchownem badaniu moczu może ono być powodem nieporozumień. Nawet długotrwałe nieprzerwane zażywanie Istiziny nie wywiera żadnego działania drażniącego na nerki i nie wywołuje żadnych zmian chorobowych w moczu. Wobec tego, że Istizina, jak wogóle wszystkie fenole, wydziela się w postaci sprzężonej z kwasem glukoronowym, może ona czasem dawać dodatni odczyn Nylandra w moczu. Rozumie się samo przez się, że ani czerwonawe zabarwienie, ani ew. dodatni odczyn Nylandra nie stanowią żadnych podstaw do jakiegokolwiek niepokoju i nie są wskazaniem do zaprzestania stosowania Istiziny.

Dr. E. JEKELIUS, Oddział psychiatr.-neurol. Szpit. Pow. w Wiedniu.

PROMINAL, POCHODNA KWASU BARBITUROWEGO BEZ DZIAŁANIA NASENNEGO, JAKO SRODEK PRZECIWPADACZKOWY.

(Referat według Wien. med. Wschr. 1934, Nr. 23).

Materjał obserwacyjny autora składał się z epileptyków, których stan zdrowia nie wymagał umieszczenia w zakładzie. Chorzy byli już uprzednio leczeni Luminalem i bromem. Obecne spostrzeżenia autora dotyczą wpływu Prominalu na przebieg padaczki. Chorzy otrzymują Prominal już od roku. Przeciętne dawkowanie wahało się od 0,2 do 0,4 g Prominalu na dobę. Około 40%

wszystkich chorych poprawiło się do tego stopnia, że nie dostawali wcale napadów. W 30% przypadków zamiast wielkich napadów padaczki występowały o wiele łagodniejsze objawy petit mal. U pozostałych chorych przynajmniej częstość napadów zmniejszyła się wyraźnie. Wszyscy chorzy odzyskali zdolność do pracy. Kobiety mogły zajmować się gospodarstwem domowem. Ci chorzy, którym udało się otrzymać zajęcie, byli w stanie wywiązywać się ze swych obowiązków bez żadnych trudności. Dotyczyło to również pewnego epileptyka, który jako jedyny otrzymywał stosunkowo dużą dawkę Prominalu (3 razy dziennie po 0,2 g) i mimo to nie odczuwał żadnej senności, pracował bardzo dobrze i jako równoważnik poprzednich, co tydzień powtarzających się gwałtownych napadów, dostawał zrzadka jedynie napadów petit mal. Pewien chory zataił dotychczasowe stałe zażywanie Luminalu; gwałtowne przejście z dnia na dzień na Prominal wywołało częstsze występowanie napadów; po wyjaśnieniu sprawy zarządzono stopniowe przejście od Luminalu do Prominalu, zastępując pierwszego dnia $^1/_3$, drugiego $^1/_2$, trzeciego $^2/_3$ dawki Luminalu Prominalem i podając sam Prominal dopiero na czwarty dzień; podczas tego okresu leczenia przejściowego stan chorego znowu się poprawił, a w dalszym ciągu podczas leczenia wyłącznie Prominalem napady ustąpiły całkowicie. Jeden z chorych, dotkniętych ciężką postacią padaczki, nie reagował wcale ani na Luminal ani na Prominal; dopiero zastosowanie leczenia kombinowanego (0,2 g Prominalu rano i 0,1 g Luminalu wieczorem) zostało uwieńczone powodzeniem i doprowadziło w ciągu 5 miesięcy do zupełnego ustąpienia napadów. Jeszcze inny przypadek okazał się zupełnie odporny na przeciwepileptyczne działanie Luminalu, zareagował natomiast bardzo pomyślnie na Prominal ($2 \times 0,2$ g).

Dr. M. N. FULTON, Boston.

ŚRODKI MOCZOPĘDNE PRZY LECZENIU OBRZĘKÓW NERKOWYCH I SERCOWYCH.

(Referat według Rhode Island Med. Journ. 1934, tom 17, Nr. 2).

Salyrgan jest najskuteczniejszym środkiem moczopędnym. Najlepiej stosować go jednocześnie z chlorkiem amonu. Autor zaleca następujący sposób dawkowania: początkowo ½ cm^3, następnie 1 — 2 cm^3 co 3 — 4 dni. Leczenie, jeżeli nie występują objawy toksyczne lub podrażnienia nerek, należy kontynuować nawet w tych przypadkach, w których działanie moczopędne nie ujawnia się odrazu. Autor opisuje historję choroby pewnej 17-letniej pacjentki, cierpiącej na nerczycę; u chorej stwierdzono obecność płynu przesiękowego w jamach opłucnych i w jamie brzusznej oraz znaczne obrzęki nóg. Wszelkie środki moczopędne nie były w stanie pobudzić diurezy, tak że obrzęki zwiększały się coraz bardziej. Również i pierwsze trzy wstrzyknięcia Salyrganu (½, 1 i 2 cm^3), nie zwiększyły ilości oddawanego moczu. Dopiero w 7 miesiącu choroby

czwarte wstrzyknięcie Salyrganu zapoczątkowało diurezę. Dalsze 20 wstrzykiwań Salyrganu dawały znakomite wyniki moczopędne, obniżyły wagę o 30 kg i przyczyniły się do zupełnego ustąpienia obrzęków. U niektórych pacjentów (zdarza się to zresztą bardzo rzadko) wstrzykiwania Salyrganu wywołują zakrzepy. Niebezpieczeństwa tych zakrzepów można uniknąć, jeżeli rozcieńczać Salyrgan 10 — 15 cm^3 roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Dobrym środkiem moczopędnym jest również mocznik, zwłaszcza przy obrzękach nerkowych. Mocznik wolno jednak podawać tylko w przypadkach przebiegających bez zwiększenia azotu resztkowego we krwi. Zatrzymywanie związków azotowych we krwi jest przeciwwskazaniem do stosowania mocznika. Dobre wyniki osiąga się nierzadko zapomocą preparatów ksantynowych, z których najpewniejszym jest według autora theocyna. Theocynę podaje się 3 razy dziennie o godz. 7-ej, 9-ej i 11-ej w dawach po 0,3 g. Podobnie jak przy preparatach rtęciowych, wolno powtarzać leczenie theocynowe dopiero po kilku dniach. Doskonałe wyniki moczopędne daje, zwłaszcza w uporczywych przypadkach, przestrzeganie diety zawierającej mało sodu a obfitującej w potas.

Według badań *Ch. T. Stona, G. Hermanna i E. H. Schwaba* (Galveston-Texas; South. Med. Journ. 1934, tom 27, Nr. 2) środki moczopędne są wskazane przy obrzękach sercowych wówczas, gdy leżenie w łóżku i naparstnica nie wystarczają dla usunięcia obrzęków. Celem uniknięcia zakrzepów przy dożylnych wstrzykiwaniach Salyrganu, można oprócz wspomnianej metody rozcieńczenia, postępować również w ten sposób, by z początku naciągać do strzykawki nieco krwi i dopiero następnie wstrzykiwać tę mieszaninę. W przeciwieństwie do theofyliny-etylenu-dwuaminy działanie moczopędne Salyrganu ujawnia się później, jest natomiast silniejsze i trwa dłużej. Theofylina wzmaga przesączanie w kłębuszkach, Salyrgan zaś jedynie nieznacznie zwiększa przesączanie, natomiast ogranicza bardzo silnie wsteczne wchłanianie w kanalikach. Przy długiem stosowaniu Salyrganu należy starannie kontrolować czynność nerek. Niezwykle silne działanie moczopędne osiąga się zapomocą kombinowanego naprzemiennego leczenia Salyrganem i theofyliną-etylenem-dwuaminą. Połączenie wstrzykiwań Salyrganu z doustnem podawaniem chlorku amonu często daje znakomite wyniki u chorych, którzy uprzednio wcale nie reagowali na wszelkie inne środki diuretyczne. Sole bizmutowe wcale moczopędnie nie działają. Mocznik bywa bardzo skuteczny; posiada on tę zaletę, że można go w odpowiednich przypadkach stosować bardzo długo (2 — 3 lata), nie obawiając się żadnych niepożądanych objawów szkodliwego działania ubocznego. Jako środki moczopędne wchodzą następnie w rachubę preparaty tarczycy, które zwłaszcza u chorych z obrzękiem śluzakowatym wywołują obfitą diurezę, zmniejszają wagę i usuwają obrzęki. Hormon gruczołów przytarczycznych jest wskazany jako środek moczopędny w przypadkach uporczywych obrzęków wskutek przewlekłego zapalenia nerek lub przewlekłej nerczycy, zwłaszcza przebiegających z niskim poziomem wapnia we krwi. W piśmiennictwie znajdujemy nieliczne opisy przypadków martwicy skóry po domięśniowych

wstrzykiwaniach Salyrganu. Nie należy tu jednak winić Salyrganu, a jedynie złą technikę wstrzykiwań. Przypadki takie zdarzały się tylko przy bardzo dużych obrzękach i zależały od tego, że igła wkłuta do obrzękniętej tkanki nie dosięgała do warstwy mięśniowej, lecz pozostawała w tkance podskórnej, gdzie wywoływała objawy ciężkiego podrażnienia. Takich przykrych powikłań można z łatwością uniknąć w ten sposób, by mechanicznie przez ucisk ręką usunąć z danego miejsca obrzęk i dopiero następnie wbić w wgłębienie igłę dostatecznie długą, aby jej koniec przeniknął napewno do mięśni. W przypadkach wielkich obrzęków okolicy pośladkowej lepiej spróbować wstrzykiwań dożylnych.

PROSTYTUCJA I CHOROBY WENERYCZNE W JAPONJI.

(Referat według Med. Welt. Tom VIII).

W ciągu długich stuleci nauka lekarska w Japonji stała na bardzo niskim poziomie. Panujący pogląd, że choroby powstają u ludzi jedynie na życzenie bogów i że złe demony są główną przyczyną wszelkich nieszczęść, utrudniał, oczywiście, postępy medycyny. Leczenie chorych polegało na modłach, czarach, talizmanach, ofiarach, zabiegach wodoleczniczych i egzorcyzmach. Na krótko przed erą chrześcijańską przeniknęła do Japonji kultura chińska, a wraz z nią jej nauka i buddyzm. Przedstawicielami medycyny stali się kapłani, którzy zakładali szkoły lekarskie. Za panowania dynastji Tang (618 — 966) uczono w tych szkołach zaklinań, masażu i akupunktury. W ciągu następnych stuleci sztuka lekarska w Japonji i w Chinach rozwijała się równolegle. Zaczęły ukazywać się również i oryginalne japońskie prace lekarskie, jak *Taiho-Rei*. Wobec tego, że badania anatomiczne z powodów religijnych były zakazane, medycyna nie mogła czynić żadnych istotnych postępów, aż do czasów, gdy idee europejskie zaczęły się przedostawać do Japonji. Pierwszymi propagatorami nowych kierunków byli Holendrzy, których łączyły z Japonją stosunki handlowe. W roku 1706 przetłumaczono na język japoński dzieła *Ambrożego Paré* (z tłumaczenia holenderskiego). W ciągu ostatniego wieku medycyna europejska wywarła kolosalny wpływ na japońską naukę lekarską. Jednakże bardzo wielu Japończyków aż do dzisiejszych dni ma ciągle jeszcze duże zaufanie do sposobów leczenia ludowej medycyny chińskiej.

Choroby weneryczne były naogół znane w Japonji już od czasów starożytnych. Syfilis natomiast przedostał się do Japonji dopiero po odkryciu Ameryki; zawlekli go tam Portugalczycy, którzy zamieszkiwali wyspy Morza Południowego. Piraci chińscy wysadzili w Kantonie chorych z wyspy Liuku, a ci przedostali się następnie do Japonji i tam rozpowszechnili tę chorobę. Leczenie polegało na stosowaniu rtęci i sarsaparilli. Głównem źródłem choroby były liczne prostytutki. W roku 1520 miasto Kioto wydzieliło dla prostytutek specjalną dzielnicę; za przykładem Kioto poszło następnie wiele innych miast. W roku

1650 wydano zakaz zajmowania się prostytucją w nocy; jedynym skutkiem tego prawa było to, że prostytucja przybrała charakter potajemny i zaczęto ją uprawiać w zakładach kąpielowych; z tego względu prawo z roku 1650 po krótkim czasie zostało uchylone.

Pierwsze próby nadzoru lekarskiego nad prostytutkami datują się od roku 1863. W roku 1872 tajne uprawianie nierządu i handel żywym towarem zostały prawnie zakazane. W roku 1873 wprowadzono obowiązkowe badania lekarskie, a w r. 1885 określono 16 lat jako minimum wieku dla prostytutek. W okresie od 1902 do 1912 państwo japońskie zorganizowało systematyczną kontrolę prostytutek. Cechę charakterystyczną systemu japońskiego stanowi grupowanie domów publicznych w jednej dzielnicy, przeważnie w pobliżu dworców lub portów. Te oddzielne dzielnice nazywają się Youkahouse, Youjou-was, Kourou-was i znajdują się we wszystkich miastach japońskich, z wyjątkiem Korei i Formozy. Nad porządkiem i spokojem czuwa tam specjalny oddział policji.

Najważniejsze prawo japońskie omawiające reglamentację nierządu pochodzi z roku 1896. Zgodnie z poglądami europejskiemi prawo to toleruje prostytucję tylko w domach otwartych. Właściciel domu publicznego obowiązany jest do ludzkiego traktowania swych pensjonarjuszek. Kontrola lekarska jest obowiązkowa i za uchylanie się od niej grozi więzienie lub kara pieniężna. Przed przyjęciem do domu publicznego kandydatki muszą podpisać odpowiednią umowę ze swym gospodarzem. Kobiet publicznych w Japonji niema; prostytucja tajna jest policyjnie wzbroniona. Właściciel domu publicznego angażuje kobietę na okres od trzech do sześciu lat, zobowiązując się do opłacania jej według umowy. Po zbadaniu przez urzędowego lekarza i przyjęciu, pensjonarka pozostaje pod stałą kontrolą policji i nie może opuszczać swego domu, a tembardziej dzielnicy bez każdorazowego specjalnego zezwolenia. Badanie lekarskie odbywa się dwa razy tygodniowo; po stwierdzeniu choroby, pacjentkę umieszcza się przymusowo w szpitalu.

Omawiając zagadnienie prostytucji w Japonji, nie można pominąć milczeniem sprawy śpiewaczek, zwanych po japońsku gejszami. Gejsza w japońskiem tego słowa znaczeniu, nie oznacza prostytutki, lecz kobietę, która popisuje się na ucztach lub zabawach tańcem i znajomością muzyki. Gejsza jest tylko tancerką i śpiewaczką, lecz nie rozpustnicą. Gejsze straciły dużo na swem znaczeniu od czasu, gdy ukazały się w Japonji aktorki. Gejsza jest w Japonji symbolem dowcipu, kultury towarzyskiej i zręczności. Gejsze żyją przeważnie po kilka w domach, których właściciele korzystają z ich usług w ciągu kilku lat; inne mają swe własne mieszkanie i pracują na własny koszt. Na prowincji gejsze mieszkają najczęściej w restauracjach. Nazwa gejszy odnosi się do kobiet różnych kategoryj o bardzo odmiennym częstokroć trybie życia. Kategorja najwyższa posiada przeważnie swoich protektorów; kategorja najniższa oddaje się tajnemu nierządowi. Gejsze rozpoczynają swą karjerę prawie od dzieciństwa. Np. ubogi ojciec oddaje swą przystojną córkę patronowi, który angażuje

ją na długi czas (do 20 lat). Nauka przyszłej gejszy odbywa się w specjalnej szkole, gdzie ją uczą muzyki, śpiewu i tańców, sztuki prowadzenia rozmów, eleganckiego ubierania się i t. p. Nauka ma na celu głównie nabycie umiejętności odpowiedniego zachowania się w towarzystwie. Z chwilą ukończenia tej swoistej edukacji gejsza zaczyna swe życie, gdzie stara się wykorzystać w praktyce nabyte wiadomości. Przystojne i wyróżniające się szczególnemi zdolnościami towarzyskiemi gejsze przynoszą swym patronom duże dochody. Gejsze wykonywują starannie swą pracę w nadziei, że wreszcie zjawi się ktoś, kto im wykupi wolność.

Położenie prawne kobiety nie jest przez prawo japońskie ściśle określone, gdyż prawo małżeńskie wykazuje bardzo duże luki. Węzeł małżeński nie jest zagadnieniem miłości, lecz przejściem z jednej rodziny do drugiej dla zapewnienia potomków męskich. Zarząd majątkiem rodzinnym należy wyłącznie do męża. Artykuł 788 kodeksu japońskiego nakazuje wierność małżeńską jedynie żonie. Za cudzołóztwo grozi niewiernej małżonce kara do dwóch lat więzienia. Natomiast mąż może korzystać z nieograniczonej wolności i wszelka rozpusta z jego strony nie może być uważana za powód do rozwodu. Niemoralność w europejskiem tego słowa znaczeniu u Japończyków nie istnieje. Stosunki płciowe stanowią sprawę ściśle osobistą i nigdy nie bywają przedmiotem skandalu. Wobec tego, że Japończyk uważa swój związek z żoną za bardzo luźny, więc wierność go zasadniczo nie obowiązuje i układa on tryb swego życia według własnego uznania. Żonę utrzymuje się głównie w tym celu, aby w domu było miło i wesoło, gdy mąż powraca ze swych zajęć. Obowiązkiem żony jest nie dopuszczać do żadnych sprzeczek lub nieporozumień, a gdyby one jednak powstały, zawsze ustępować i zachowywać się cicho i z pokorą.

Przywiązanie do starych zwyczajów jest widoczne zwłaszcza na wsi, gdzie niezamożni rodzice chętniej wynajmują do pracy swe córki niż synów. Matka zwykle troskliwie opiekuje się swemi dziećmi, lecz nędza skłania kobiety do zajmowania się nierządem. Prostytucja tajna w ostatnich czasach nadzwyczaj się rozpowszechniła, zwłaszcza wśród klas najuboższych, a nawet wśród żebraczek. Los tych prostytutek jest najczęściej bardzo żałosny.

W Japonji istnieje obecnie 548 dzielnic przeznaczonych dla prostytutek, w których znajduje się 11.254 domów publicznych z 45.327 pensjonarjuszkami. Do tego należy jeszcze dodać około 73.000 śpiewaczek, tancerek i innych kobiet, zajmujących się nierządem potajemnym. Znakomita większość jest dotknięta chorobami wenerycznemi. Roczna ilość badań lekarskich, dotyczących prostytutek reglamentarnych wynosi 2.999.309. Na 1.000 bieżących badań, stwierdza się przeciętnie 22 przypadki chorób wenerycznych (1,6 kiły, 12,4 rzeżączki, 7,3 szankra miękkiego). 60 do 70% badanych kobiet wykazuje dodatnie odczyny serologiczne na kiłę. Pośród chorych szpitalnych stwierdza się: kiła 15,29%, szankier miękki 16,23%, rzeżączka 68,48%. Badanie tajnych prostytutek wykazuje, że 80% tych kobiet cierpi na choroby weneryczne.

Choroby weneryczne szerzą w Japonji straszne spustoszenia: 25% chorych szpitalnych jest dotkniętych chorobami wenerycznemi. Rozpowszechnianie się tej klęski społecznej jest szczególnie szybkie w miastach. Wiek chorych jest tam taki sam jak w Europie. Do 20-go roku życia przeważają kobiety; od 20-go do 30-go stosunek obu płci jest prawie jednakowy; powyżej 30 lat chorują przeważnie mężczyźni. Wśród dzieci spotyka się bardzo często rzeżączkowe zapalenie spojówek i kiłę wrodzoną.

Szczególnie duży odsetek chorych wenerycznych dostarczają marynarze, pomimo że profilaktyka w armji stoi na stosunkowo wysokim poziomie. Żołnierze, których choroba weneryczna wymaga dłuższego leczenia, muszą służyc w wojsku o rok dłużej.

W roku 1905 założono w Tokio prywatne towarzystwo dla walki z chorobami wenerycznemi. Towarzystwo urządza kursy dokształcające dla lekarzy oraz zajmuje się urządzaniem popularnych odczytów o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych i sposobach ich unikania. Lekarze towarzystwa bezpłatnie badają chorych i skierowują ich na leczenie do klinik państwowych.

Rozwój przemysłu japońskiego stworzył japoński ruch kobiecy, mający na celu skasowanie domów rozpusty i zakaz handlu żywym towarem. Japonja jest krajem szybkich reform. Kobieta japońska zaczyna się obecnie wyzwalać z pęt wielowiekowej niewoli i prawdopodobnie niedaleką już jest chwila, gdy wślad za postępami techniki również i kultura i moralność w najlepszem tego słowa znaczeniu zapanują w Japonji i utrwalą się na stałe.

Dr. WŁAD. PIOTROWSKI, Warszawa.

KILKA UWAG O LECZENIU „OMNADYNĄ“.

Praca nagrodzona na konkursie „Wiadomości Terapeutycznych“.

Nie uważając sprawozdania swego za pracę naukową, gdyż nie jest ono oparte na pomocniczych laboratoryjnych badaniach, możliwych do przeprowadzenia tylko w szpitalu lub klinice, chciałbym podzielić się z czytelnikami „Wiadomości Terapeutycznych“ spostrzeżeniami empirycznemi z własnej praktyki nad działaniem omnadyny. Omnadyną zainteresowałem się z powodu wybitnego jej działania w wypadku zapalenia gruczołu przyusznego, powstałego na tle zakażenia od zepsutego zęba.

Chora lat 12 w miesiąc po zaplombowaniu zęba nagle dostała dreszczów i bólu w lewem uchu. T. 40°. W dwa dni potem wystąpił obrzęk lewego gruczołu przyusznego. Ponieważ leczenie kompresami i kataplazmami, zalecone przez felczera, nie pomagało i ciepłota wciąż trzymała się na wysokości 39 — 40° zwrócono się do otjatry, który zalecił dalsze kompresowanie. Po tygodniu tenże lekarz zadecydował, że bez operacji nie obejdzie się. Zwrócono się tedy do chirurga, i ten zalecił o m n a d y n ę. Do mnie zwrócono się z prośbą

o przeprowadzenie kuracji. Już po trzech zastrzykach omnadyny (domięśniowo) bóle w uchu ustały, obrzęk i zaczerwienienie znacznie zmniejszyły się, a ciepłota spadła do 37,6°, wtedy gdy przed zastosowaniem omnadyny przez cały czas trzymała się ponad 38°, a wieczorami dochodziła do 39°. Po 5-ym zastrzyku temp. spadła do normy, obrzęk znikł zupełnie i chora wyzdrowiała.

Wybitne działanie omnadyny w danym przypadku nie ulegało żadnej wątpliwości, tembardziej, że z chwilą rozpoczęcia kuracji omnadynowej zaniechałem wszelkich innych zabiegów leczniczych.

Zachęcony takim wynikiem, postanowiłem wypróbować omnadynę w innych przypadkach.

P r z y p a d e k 1. Chory Z. S. lat 12 zaniemógł nagle wśród gwałtownych dreszczów i bólu głowy. T. 40°. Rozpoznanie: g r y p a. Pomimo zastosowania środków obniżających ciepłotę, (aspiryna, pyramidon) t. uporczywie trzyma się na bardzo wysokim poziomie (nie spadając poniżej 39°). Biegunka i powiększenie śledziony nasunęło przypuszczenie duru brzusznego. Odczyn zlepny ujemny.

Zastosowałem omnadynę. Nazajutrz ciepłota spadła do 38°, po drugiem zastrzyknięciu (na drugi dzień) do 37,3°, a po trzeciem (na trzeci dzień) do normy.

Od tej chwili chory zaczął przychodzić do zdrowia.

P r z y p a d e k 2. Chora J. M. lat 5. Rozpoznanie: o b u s t r o n n e z a p a l e n i e p ł u c po odrze. Choruje od tygodnia. T. 40°. Duszność, sinica, tętno 160. Nazajutrz po zastrzyknięciu omnadyny t. spadła do 37°,6, a po drugiem (nazajutrz) do 37°,1. Jednocześnie zaczęły ustępować objawy zapalenia płuc.

Żadnych środków lekarskich nie używałem od początku choroby.

P r z y p a d e k 3. Chory J. P. lat 12. Rozpoznanie: p ł o n i c a. Po tygodniu wystąpiły ostre objawy zapalenia ucha środkowego: wymioty, bóle w uchu, t. 39°,7. Zastosowałem t y l k o omnadynę (3 zastrzyki dzień po dniu). Już po pierwszym zastrzyku bóle w uchu zmniejszyły się, t. spadła do 38°,3. Po 3-im zastrzyku t. spadła do normy i już nie podnosiła się więcej.

Zaznaczam przytem, że ani kompresów, ani kropel do ucha nie stosowałem.

P r z y p a d e k 4. Chory J. S. lat 6. Rozpoznanie: g r y p a. Na 5 dzień choroby wystąpiły objawy zapalenia płuc. Nie stosując żadnego innego lekarstwa, zastosowałem dzień po dniu 3 zastrzyki omnadyny. Po 3-im zastrzyku t. spadła do normy i objawy ze strony płuc zaczęły ustępować.

P r z y p a d e k 5. Chora A. P. lat 3. Rozpoznanie: obustronne zapalenie płuc po odrze. Stan bardzo ciężki: T. 40°, wymioty. Już po pierwszym zastrzyku t. spadła do 37°,8, duszność zmniejszyła się, wymioty ustały; po drugim zastrzyku (na drugi dzień) t. 37,3°, chora przyjmuje pokarmy, stan płuc bez znacznych zmian.

Po trzecim zastrzyku t. spadła do normy, i zaczyna się okres rekonwalescencji.

P r z y p a d e k 6. Chora J. K. 7 m. Rozpoznanie: obustronne zapalenie płuc po odrze. Stan beznadziejny. T. 40,6°, wymioty, tętno 140, sinica. Cięte bańki, kompresy z gorczycy, kamfora pod skórę — wszystkie te zabiegi nie dają najmniejszego efektu. Uważałem chorą za straconą i jako ultimum refugium zastosowałem omnadynę (po $^1/_2$ ampułki 3 za-

strzyki dzień po dniu). Już po 1-ym zastrzyku dzieciak jakby ożył: zaczął przyjmować pokarmy (pierś), duszność zmniejszyła się, sinica mniejsza. Po 2-im zastrzyku sinica ustąpiła zupełnie, t. spadła do 38°. Po 3-im zastrzyku t. spadła do 37°,6, oddech normalny, dzieciak śmieje się.

P r z y p a d e k 7. L. Z. lat 12. Rozpoznanie: Lymphadenitis colli post scarlatinam. W 7-ym dniu choroby wystąpiły objawy obustronnego zapalenia gruczołów chłonnych na szyi: bolesny obrzęk i zaczerwienienie. T. 40°. Nie stosując żadnych innych zabiegów leczniczych, odrazu przystąpiłem do zastrzyków omnadyny. Po 1-ym zastrzyku t. spadła do 38,7°, po drugim — do 37,4°, po 3-im do 37,1°.

Jednocześnie zmniejszył się obrzęk. Od tego czasu chory zaczął poprawiać się i po tygodniu wyzdrowiał.

P r z y p a d e k 8. M. D. lat 22. Rozpoznanie: g r y p a. Na czwarty dzień choroby wystąpiły objawy ostrego zapalenia lewego ucha środkowego z jednoczesnem zajęciem zatok czołowych. T. 40°, wymioty, silne bóle w uchu i silny ból głowy, szczególnie przy dotyku.

Po 1-ym zastrzyku t. 39,6°, bóle w uchu i bóle głowy znacznie zmniejszyły się; po 2-im zastrzyku t. spadła do 37,5°, po 3-im do normy. Jednocześnie ustąpiły zupełnie bóle w uchu i bóle głowy.

Zaznaczam przytem, że chorą zacząłem leczyć w piątym dniu choroby i żadnych środków prócz omnadyny nie stosowałem.

P r z y p a d e k 9. Chory J. G. lat 3. Rozpoznanie: lewostronne zapalenie płuc po grypie. Stan ciężki. T. 40,6°. Pierwsze wstrzyknięcie omnadyny w trzecim dniu choroby; ciepłota opada do 37,6°. Stan płuc bez zmiany. Po drugiem wstrzyknięciu, nazajutrz, t. opada do normy. Stan płuca poprawia się. Po trzeciem i ostatniem wstrzyknięciu omnadyny zaczyna się okres rekonwalescencji.

P r z y p a d e k 10. Chory W. P. lat 4. Rozpoznanie: obustronne zapalenie płuc po odrze. Stan bardzo ciężki: T. 40,6°, sinica, duszność, wymioty, zupełny brak łaknienia.

Po pierwszem wstrzyknięciu omnadyny w czwartym dniu choroby t. opada do 38,2°, po drugiem — do normy, i zaczyna się okres zdrowienia.

P r z y p a d e k 11. S. K. lat 7. Rozpoznanie: p r a w o s t r o n n e z a p a l e n i e p ł u c po grypie. Pierwsze wstrzyknięcie omnadyny w piątym dniu choroby nie daje żadnego efektu, stan płuc bez zmian; po drugiem wstrzyknięciu nazajutrz t. opada do 38,6°, po trzeciem — do normy; jednocześnie w płucach zaczyna się okres rezolucji.

P r z y p a d e k 12. Chory M. L. lat 5. Rozpoznanie: z a p a l e n i e p ł u c po grypie. Do chorego zostałem wezwany w 8-ym dniu choroby. Do tego czasu leczył chorego felczer. Ponieważ ani cięte bańki, ani kompresy nie pomagały i choroba zaciągała się, zwrócono się do mnie. Zastosowałem 3 wstrzyknięcia omnadyny dzień po dniu. Już po drugiem wstrzyknięciu t. spadła do 37,2°, a po trzeciem do normy.

P r z y p a d e k 13. Chory J. Z. lat 12. Rozpoznanie: A n g i n a f o l l i c u l a r i s. Stan ciężki, t. 40°, ból w prawem uchu i w stawach. Chorego pierwszy raz widziałem w 6-ym dniu choroby. Chory jest bardzo osłabiony, tony serca głuchawe. Zastosowałem 3 zastrzyki omnadyny dzień po dniu. Po pierwszem wstrzyknięciu t. spadła do 38,8°, jednocześnie znacznie złagodniały bóle w uchu i w stawach; po drugiem wstrzyknięciu t. spadła do normy. Ponieważ tony serca nadal były głuchawe i bóle w stawach nie ustępowały, zastosowałem trzeci zastrzyk, po którym chory poczuł się znacznie lepiej: bóle w stawach ustąpiły zupełnie, i chory zaczął przychodzić do zdrowia.

P r z y p a d e k 14. Chory A. K. lat 11. Rozpoznanie: Lymphadenitis colli post scarlatinam. W tydzień po wyjściu ze szpitala chory nagle dostał dreszczów, wymiotów i bolesnego obrzmienia gruczołów chłonnych na szyi. T. 39,2°.

Po 2 zastrzykach omnadyny t. spadła do normy i obrzęk gruczołów znacznie się zmniejszył.

Ze spostrzeżeń tych można wyciągnąć następujące wnioski:

1) Omnadyna jest bezwzględnie nieszkodliwa.

2) Do leczenia omnadyną nadają się znakomicie przypadki ogólnego zakażenia organizmu (angina, grypa).

3) Omnadynę śmiało można uważać za środek niejako „specyficzny" przy powikłaniach po grypie i anginie (zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc).

4) Przy zapaleniu płuc u dzieci, omnadyna przyspiesza kryzys i sprzyja szybszemu wyleczeniu.

P.S. Czuję się w obowiązku wyrazić tutaj moje podziękowanie P. Przedstawicielowi firmy „Remedia" za udzielenie mi bezpłatnego materjału; tylko dzięki temu mogłem robić swoje spostrzeżenia, albowiem, mając do czynienia z ubogą klientelą (członkowie kasy chorych) trudno byłoby mi namówić do kupienia drogiego stosunkowo środka, wtedy, gdy, mając pewien zapas omnadyny, pierwsze zastrzyki robiłem z dostarczonego mi materjału.

Rodzice, widząc skuteczność pierwszego zastrzyku, chętnie kupowali omnadynę do następnych.

KONSTYTUCJA I ZABURZENIA ROZWOJOWE.

Dr. W. Jaensch, Ambulatorjum dla medycyny konstytucjonalnej, Charité, Berlin (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1932, Nr. 8), dr. *W. Jaensch, W. Wittneben, Th. Hoepfner, C. Leupold* i O. *Gundermann* (Mikroskopja kapilarów skórnych, Halle, Marhold, 1929), *dr. Jaensch* (Forschungen und Fortschritte 1933, Nr. 15; Med. Welt 1931, Nr. 37; 1932, Nr. 19 i 20; 1933, Nr. 29), *dr. W. Jaensch* „Leczenie zaburzeń rozwojowych" (Croner-Kalk 1932, Urban i Schwarzenberg).

Badanie najdrobniejszych krwionośnych naczyń skórnych zapomocą mikroskopji kapilarnej przedstawia bardzo ważny sposób wczesnego rozpoznawania zaburzeń rozwojowych i umożliwia w związku z tem zastosowanie wporę odpowiedniego leczenia. Wprowadzenie kapilaroskopji do badania zaburzeń rozwojowych jest zasługą *Jaenscha;* metodę tę opracował następnie bardziej szczegółowo *Hoepfner*, a *Gundermann* skontrolował jej wartość na większym materjale klinicznym. Ostatnio ukazała się jeszcz praca *Lederera* (Monatsschr. f. Kinderhk. 1933, tom 55, Nr. 4 — 6), który również potwierdził wyniki badań swych poprzedników.

Najwyraźniejszy obraz włośniczek otrzymuje się przy oglądaniu kapilarów u nasady paznokcia. Skórę smarujemy gęstym olejkiem i następnie oglądamy zapomocą szkła powiększającego lub mikroskopu (40 — 60-krotne powiększenie). Już przy zwykłem dziennem świetle widzimy najdrobniejsze tętniczki. U osób dorosłych przebiegają one przeważnie pionowo i wyglądają jak szpilki do włosów (neokapilary). U niemowląt natomiast wkrótce po porodzie znajdujemy (z nielicznemi wyjątkami) płaską gęstą sieć (archikapilary), która do-

piero następnie w drugim i trzecim roku życia zamienia się stopniowo w postać właściwą dla dorosłych i przypominającą swym wyglądem szpilki do włosów. Między temi dwoma okresami rozwojowemi stwierdza się jeszcze trzecią postać przejściową (mezokapilary). Każda z tych trzech postaci zasadniczych może wytwarzać różne odmiany, które ostatnio opisali *Jaensch*, *Mandowsky* i *Gundermann* w swym „Kluczu mikroskopji kapilarnej". Klucz ten opiera się na wynikach dokładnych badań kapilaroskopowych, przeprowadzonych na przeszło 30.000 dzieci. W przypadkach różnych zaburzeń rozwojowych stwierdza się charakterystyczne zmiany włośniczek, które już wcześnie pozwalają wykryć zahamowania i zaburzenia rozwoju dziecka. Rozumie się samo przez się, że szczegółowe zbadanie fizycznego i umysłowego stanu dziecka powinno zawsze poprzedzać mikroskopję naczyń włosowatych.

Zmiany naczyń włosowatych, widoczne pod mikroskopem kapilarnym, stwierdza się jednak również u pozornie zupełnie normalnych dzieci, wykazujących przy doskonałej inteligencji jedynie objawy ogólnej słabowitości cielesnej lub pewnej chorobliwej nerwowości. Dalsze staranne badanie wykazuje zwykle, że w przypadkach takich najczęściej mamy do czynienia z „utajoną" krzywicą, niewykazującą swych uchwytnych zewnętrznych oznak klinicznych, z dziećmi o cechach spazmofilicznych i z wielkiemi grupami młodocianych konstytucyj neuropatycznych, odznaczających się przedewszystkiem tem, że wewnątrzwydzielnicze lub krzywicze zmiany w rozwoju ustroju nie ujawniają się pod swemi zwykłemi objawami klinicznemi i są z tego względu niełatwe do rozpoznania.

Badania wykazały, że w szkołach normalnych w Berlinie największe odchylenia obrazu kapilaroskopowego stwierdza się w 3 — 5% przypadków, w szkołach zaś specjalnych dla dzieci umysłowo słabszych odsetek ten podnosi się do 10% i wreszcie wśród dzieci o cechach kretynów dosięga 70 — 90%.

Często czyni się dzieciom zarzuty, że zadania szkolne wykonywują niedbale, że są leniwe i ospałe. Badanie kapilaroskopowe wykrywa, że wiele takich przypadków należy zaliczyć do zahamowań rozwojowych w wyżej opisanem znaczeniu. Niejeden lekarz szkolny lub domowy mógłby po opanowaniu techniki badania kapilaroskopowego wyjaśnić rodzicom właściwy stan rzeczy i przez zastosowanie wporę odpowiedniego leczenia wiele dzieciom pomóc.

Najskuteczniejszym preparatem leczniczym okazał się w takich przypadkach Lipatren, przedstawiający połączenie zwierzęcych lipoidów i związku jodowego Yatrenu. Badania *Jaenscha*, *Mandowskiego* i *Flatau'a* na 450 dzieciach, które pozostawały pod obserwacją w ciągu przeszło 2 lat, wykazały, że 47% dzieci mniej lub więcej reagowało na leczenie Lipatrenem, w tem 30% z nadzwyczaj pomyślnym wynikiem. W 10% również i budowa anatomiczna naczyń włoskowatych poprawiła się znacznie. Szczególnie pomyślne wyniki udało się osiągnąć w przypadkach dotkniętych zaburzeniami mowy *(Flatau)*; wiele z pośród takich dzieci, które poprzednio były bezskutecznie leczone różnemi sposobami, poprawiły się do tego stopnia, że stały się zdolne do pracy.

Poprawa fizyczna polegała częściowo na znacznym rozwoju wzrostu, który poprzednio zatrzymał się na martwym punkcie i wcale nie postępował. Tak np. w pewnej szkole dla dzieci niedorozwiniętych wzrost 12 dzieci leczonych Lipatrenem powiększył się w ciągu 14 miesięcy przeciętnie o 6 cm, a waga zwiększyła się o 3 kg. Jednoczesna obserwacja 9 dzieci znajdujących się w zupełnie takich samych warunkach, lecz nieotrzymujących Lipatrenu i wybranych dla celów porównania, wykazała w tym samym czasie powiększenie wzrostu tylko o 2 cm i wagi o 2 kg (*Langrod — Jaensch*). Poprawa zdolności umysłowych polegała na poprawie pamięci i zwiększeniu zdolności przyswajania nauki. Pobudzeni i gwałtowni psychopaci stali się spokojniejsi; u wielu dzieci ustąpiło poprzednie nieświadome oddawanie moczu i stolca. Niektóre dzieci przestały się jąkać i zacinać w mowie.

Również i spostrzeżenia kliniki pedjatrycznej w Tybindze potwierdziły skuteczność leczenia Lipatrenem (*Wittneben*). Poprawa polegała na zwiększeniu się inteligencji oraz na pobudzeniu wzrostu, który w ciągu 15 miesięcy zwiększał się przeciętnie o 8,3 cm, czyli więcej niż przewidują tablice *Camerera* i *Pirqueta*.

W roku 1932 *Jaensch* ogłosił wyniki swych dziesięcioletnich badań nad działaniem leczniczem Lipatrenu. Spostrzeżenia te dotyczą około 2000 dzieci z zahamowanym rozwojem naczyń włosowatych. Dzieci z dużemi zmianami kapilaroskopowemi powinny otrzymywać codziennie duże dawki Lipatrenu; kurację należy stosować okresowo w ciągu kilku lat, stopniowo zwiększając dawkę preparatu. Lipatren pobudza rozwój zwłaszcza w tych przypadkach, w których czynniki wewnątrzwydzielnicze nie stoją na pierwszym planie obrazu klinicznego; jednakże również i w przypadkach z zaburzeniami głównie wewnątrzwydzielniczemi Lipatren wpływa pomyślnie na skuteczność leczenia swoistego. Dotyczy to również zahamowań rozwojowych na podłożu kiłowem, krzywiczem, spazmofilicznem i t. d.

Jaensch stosuje Lipatren I jedynie u dzieci poniżej drugiego roku życia lub u dzieci szczególnie wrażliwych. Lipatren I — III podaje się początkowo codziennie lub co drugi dzień w ciągu 4 tygodni po 1 tabletce, następnie w ciągu miesiąca po 1 lub 2 tabletki, później po 2—3—4 i ewentualnie więcej tabletek aż do granicy tolerancji (kontrola tętna). Po 3—4 miesięcznem leczeniu zarządza się jednomiesięczną przerwę, po której jednak wznawia się leczenie, lecz już nie od zastosowanej początkowo najmniejszej dawki. W ten sposób przeprowadza się kurację w ciągu lat, zarządzając co pewien czas dłuższe przerwy, które zwykle znowu nieco zwiększają wrażliwość na Lipatren, tak że w odpowiednich przypadkach można znowu zaczynać od mniejszych dawek. Lipatren można z nadzwyczaj pomyślnym wynikiem sto-

sować również w postaci domięśniowych wstrzykiwań ($^1/_2$ — 3 cm^3 2 — 3 razy tygodniowo). Zagadnienie dostatecznego dawkowania jest rzeczą pierwszorzędnej wagi, gdyż stosowanie dawek zbyt małych nie daje przeważnie żadnych wyników leczniczych. Wszelka obawa odnośnie do dawkowania jest zupełnie nieuzasadniona. W przypadkach silnego zahamowania archikapilarów do drugiego lub trzeciego roku życia najlepiej podawać odrazu Lipatren III, gdyż w przypadkach takich jedynie największe dawki dają pożądane wyniki lecznicze.

Najlepsze wyniki terapeutyczne osiąga się w przypadkach ciężkich zahamowań archikapilarów, nieokazujących skłonności do tworzenia neokapilarów. W przypadkach jąkania się z objawami neuropatycznemi pod postacią spazmofilji lub basedowoidu dobre wyniki dawało również stosowanie wapnia oprócz Lipatrenu oraz okresowe podawanie związków jodowych i bromowych. Im wcześniej zapoczątkuje się odpowiednie leczenie, tem lepsze jest rokowanie. W przypadkach Basedowa, błyszczących oczu lub powiększenia tarczycy wskazana jest ostrożność. Zakażenia gruźlicze nie stanowią przeciwwskazań. Jeżeli oprócz ogólnych zaburzeń rozwojowych stwierdza się zaburzenia czynności określonych gruczołów wewnątrzwydzielniczych, to podaje się oprócz Lipatrenu (lub naprzemian) preparaty gruczołu tarczowego, przysadki i t. p. (Prolan, Preloban).

Badanie mikroskopowe kapilarów wykazało, że nierzadko dzieci nie rozwijają się w tym kierunku, jakiego należałoby oczekiwać na podstawie całokształtu warunków. Zwłaszcza w przypadkach tych tak zwanych „niedokończonych konstytucyj", leczenie Lipatrenem daje bardzo pomyślne wyniki i znajduje tu niespodziewanie duże zastosowanie.

Zagadnienie to nie jest pozbawione również i pewnego znaczenia społecznego, gdyż dobre wyniki lecznicze, osiągane zapomocą Lipatrenu, pozwalają na znaczną oszczędność funduszów opieki społecznej *(Jaensch)*.

Dr. E. KOTTLORS, Szpital Miejski, Mannheim.

JAK UNIKAĆ POWIKŁAŃ ZNIECZULENIA LĘDŹWIOWEGO?

(Referat według Schmerz, Narkose und Anaesthesie 1933, tom V).

Autor uzależnia częściowo objawy uboczne znieczulenia lędźwiowego, a przedewszystkiem bóle głowy, od unoszenia się środka znieczulającego ku górze. Dla uniknięcia wszelkich przykrych objawów autor stosuje następującą technikę znieczulania lędźwiowego: po przeniknięciu igły do kanału kręgowego wypuszcza się niewielką ilość płynu, poczem wstrzykuje się bardzo powoli środek znieczulający. Czas wstrzykiwania $3^3/_4$ cm^3 5%-owego świeżego roztworu Novocainy + 5 kropel Suprareniny 1‰ powinien wynosić 3 minuty. Nie należy mieszać z płynem mózgowo-rdzeniowym, — ew. z $^1/_2$ cm^3 wody. W ten sposób roztwór posiada taki sam ciężar gatunkowy jak płyn. Wstrzykuje się

w pozycji siedzącej. Pacjent powinien pozostać w pozycji siedzącej jeszcze przez 5 minut po wstrzyknięciu i dopiero potem można go ułożyć poziomo. Wysokie ułożenie miednicy należy osiągać stopniowo. „Wstrzykiwanie przedłużone" umożliwia osiągnięcie znieczulenia dłużej trwającego i silniejszego. Spadek ciśnienia krwi jest bardzo mały. Wymioty nie występują. Bóle głowy zdarzają się 4 razy rzadziej niż przy zwykle stosowanem szybkiem wstrzykiwaniu Novocainy. Poniżej przytoczona tablica uwidacznia szczegółowe dane porównawcze:

Ilość znieczuleń lędźwiowych	Przeciętny spadek ciśnienia	Wymioty	Znieczulenie zawiodło	Uśpienie	Bóle głowy	Odwracalny niedowład N. abducentis
Chlorowodorek benzoilo-etylo-dwumetylo amino-izopropanolu — 500 . .	35 mm Hg	8%	4%	12%	33%	1,2%
Novocaina (technika dotychczasowa) — 1840 .	25 mm Hg	10%	6%	15%	14%	0,5%
Novocaina (wstrzykiwanie przedłużone) — 80 . . .	12 mm Hg	0%	0%	1,2%	3,8%	0%

Dr. DOROTHY G. E. POTTER. Hon. Physician to the Royal Bath Hospital, Harrogate.

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA STAWOWEGO.

(Referat według Medical Press and Circular 1934, tom 188).

Jeszcze doniedawna stosowano dla uśmierzania bólów przy ostrem i przewlekłem zapaleniu stawów prawie wyłącznie salicylany. Przy leczeniu ostrego reumatyzmu stawowego wielu lekarzy uważa jeszcze obecnie salicylan sodu za jedyny środek swoisty. Jednakże przy przewlekłem zapaleniu stawów stosowanie salicylu przeważnie zupełnie zawodzi; ponadto wykazuje on nierzadko różne bardzo przykre objawy działania ubocznego. Salicylan sodu lub Aspirina łagodzą coprawda ostre okresy wzmożenia bólów, jednakże przy leczeniu postaci bardziej przewlekłych, dawki salicylu, niezbędne dla wywołania dostatecznego działania terapeutycznego, mogą powodować zaburzenia słuchowe lub żołądkowe.

Novalgina, pochodna pyrazolonu, posiada w porównaniu z salicylanami pewne zalety, zwłaszcza przy leczeniu bezgorączkowych postaci zapalenia stawów; okazuje się, że Novalgina jest wartościowym środkiem leczniczym również i w przypadkach reumatycznego zapalenia stawów z okresami przemijającej lekkiej gorączki oraz w przypadkach, w których „pacjenci odczuwają w kościach zmiany pogody". Novalgina przejawia swe pomyślne działanie leczni-

cze nie wywołując szumu w uszach ani pieczenia w żołądku, na które skarżą się chorzy przy takich samych dawkach salicylu. Chorzy z nadkwasnością żołądkową nie znoszą często leczniczych dawek salicylanu sodu, nawet podawanego z dwuwęglanem sodu; żołądkowy kwas solny uwalnia bowiem kwas salicylowy i sprzyja w ten sposób powstaniu niestrawności. Pomimo, że Novalginę stosuje się w szpitalu w Harrogate bardzo często, zaledwie jedna chora skarżyła się na zaburzenia żołądkowe. Chora ta cierpiała na „Fibrositis"; pozatem stwierdzono u niej objawy nadczynności tarczycy. Pacjentka ta otrzymywała początkowo w ciągu 4 dni 3 razy dziennie po 0,3 g Natrii salicylici; wobec tego, że leczenie to wywołało u chorej przykre objawy żołądkowe, zwrócono się do Novalginy. Jednakże po kilku dniach chora zaczęła się znowu skarżyć na te same dolegliwości. Był to jedyny przypadek, w którym Novalgina wywołała niepożądane objawy uboczne; we wszystkich pozostałych przypadkach tolerancja Novalginy była doskonała.

U ludzi z prawidłowym słuchem przemijające osłabienie słuchu i szum w uszach, powstający pod wpływem salicylanów, nie mają żadnego poważniejszego znaczenia, gdyż oba te przykre objawy uboczne znikają same przez się, jak tylko zaprzestaje się podawać preparat; jednakże w przypadkach, w których mamy do czynienia z dawniejszem cierpieniem usznem, lub w których stwierdza się choćby nieznaczne osłabienie słuchu, salicylany należy uważać za przeciwwskazane, gdyż mogą się one okazać nawet bezpośrednio szkodliwe. Oto przykład złej tolerancji salicylu w przypadku dawniejszego cierpienia usznego:

Panna X, lat 30; przed 6 laty operacja usunięcia migdałków z powodu skłonności do częstych angin. Pacjentka miała poprzednio zupełnie dobry słuch i nigdy na uszy nie chorowała. Po operacji chirurg zapisał jej salicyl. Po 2 dniach chora zupełnie ogłuchła, wobec czego salicyl natychmiast odstawiono. Chora odzyskała coprawda swój dawny prawidłowy słuch, jednakże po upływie 9 miesięcy zauważyła, że słyszy coraz gorzej. Lekarz-specjalista chorób usznych stwierdził wówczas objawy rozpoczynającej się otosklerozy. Po 6 miesiącach chora zaczęła się skarżyć na szum w uszach, a słuch jej pogarszał się z dnia na dzień.

Podany po operacji preparat salicylowy nie miał prawdopodobnie nic wspólnego z rozpoczęciem się otosklerozy; również i udział zapalenia migdałków w sprawie chorobowej pozostaje pod znakiem zapytania; autor zwraca w tym przypadku uwagę przedewszystkiem na fakt, że pacjentka nie może obecnie zażyć nawet 0,3 g salicylu, gdyż wywołuje on przemijające wzmożenie dokuczliwego szumu w uszach i pogarsza chwilowo i bez tego już słaby słuch. Natomiast 0,6 g Novalginy chora znosi doskonale i nie doznaje przytem żadnych objawów usznych.

W porównaniu z salicylanami Novalgina wykazuje bardzo pomyślny wpływ na gorączkę towarzyszącą przewlekłemu zapaleniu stawowemu. Novalgina dawała nierzadko doskonałe wyniki lecznicze nawet w takich przypadkach uporczywej gorączki stawowej, w których wszelkie inne środki lecz-

nicze zawodziły. Jako przykład przewagi Novalginy nad innemi analogicznemi preparatami może posłużyć następujące spostrzeżenie:

Pani S., lat 46, choruje już od wielu lat na gośćcowe zapalenie stawów; wobec przypuszczenia, że infekcja może pochodzić z jamy ustnej, usunięto jej wszystkie zęby. Gdy pacjentka przybyła do szpitala, zbadano ją nadzwyczaj dokładnie w poszukiwaniu zakaźnego ogniska. Ze krwi wyhodowano Streptococcus viridans, z którego zrobiono autoszczepionkę. Kuracja ta nie dała jednak żadnego wyniku. Po upływie 6 miesięcy chora znowu zgłosiła się do szpitala. Cierpienie stawów trwało nadal bez zmiany i nie okazywało żadnej skłonności do poprawy. Badanie bakterjologiczne stolca wykazało przewagę lasecznika okrężnicy oraz obecność niewielkiej ilości Streptococcus faecalis. Chorej wstrzyknięto 50 miljonów szczepionki T. A. B. Wieczorem gorączka podniosła się w zwykły sposób. Podwyższona temperatura i bóle stawowe trwały nadal bez zmiany. Wówczas zwrócono się do salicylanu sodu, który podawano w ciągu 7 dni w dawce 3 razy dziennie po 0,6 g. Jednakże również i salicyl pozostał zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. W 16 dni po wstrzyknięciu szczepionki T. A. B. chora rozpoczęła kurację Novalginą, którą podawano w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce. Leczenie Novalginą zostało wreszcie uwieńczone całkowitem powodzeniem, temperatura opadła do normy i bóle stawowe ustąpiły ostatecznie.

W przypadkach przewlekłego reumatyzmu stawowego natężenie bólu bywa bardzo zmienne; ponadto większość chorych odbywała kuracje kąpielowe w takiej lub innej postaci; z powyższych względów ściślejsza ocena działania przeciwbólowego Novalginy w porównaniu z salicylanami jest przeważnie dość trudna. Wydaje się, że Aspirina wywiera na chorych działanie bardziej uspokajające, gdyż wielu z nich stwierdza, że po zażyciu 0,6 g Aspiriny śpią lepiej niż po takiej samej dawce Novalginy.

Ani razu nie spostrzegano po Novalginie niemiarowej czynności serca, bicia serca lub mdłości. Chorzy, którzy po salicylanach odczuwają pieczenie w żołądku lub dostają zaburzeń trawiennych, mogą przyjmować Novalginę bez żadnych zastrzeżeń. Novalgina jest w większości przypadków skuteczniejsza niż salicylan sodu i ma ponadto tę przewagę, że można ją stosować jako środek przeciwbólowy w zastrzykach w 50%-owym roztworze.

EVIPAN.

Dr. Arne Portmann, Kopenhaga (referat według Ugesk f. Laeger Nr. 15 i 21); *dr. H. Askeby*, Kopenhaga (ibidem Nr. 17); *dr. Sanders Olesen*, Hjellerup (ibid. Nr. 18).

Środki nasenne można podzielić na trzy grupy: do grupy pierwszej zaliczamy środki nasenne, przeznaczone dla wywoływania snu głębokiego i długotrwałego; do grupy drugiej należą środki dla zapewniania dłuższego, spokojnego snu; do grupy wreszcie trzeciej zaliczamy środki, wskazane przy utrudnionem zasypianiu. Typowym przedstawicielem grupy pierwszej jest Veronal; przy stosowaniu środków tej grupy zależy nam nietyle na szybkości wystąpienia działania, ile na działaniu możliwie długotrwałem. Środki nasenne grupy pierwszej mają głównie na celu przezwyciężanie bezsenności, powstałej na podłożu stanów podrażnienia, uwarunkowanego zmianami psychicznemi lub

też organicznemi. Wywierają one łagodne uspokajające działanie następcze jeszcze conajmniej w przeciągu jednego dnia. Przedstawicielami drugiej grupy środków nasennych są Adalina i Phanodorm, których działanie już nie jest tak silne jak Veronalu, lecz również wystarcza dla zapewnienia dłuższego, spokojnego snu. Trzecia grupa środków nasennych ma na celu przezwyciężanie utrudnionego zasypiania lub umożliwiania względnie ułatwianie powtórnego uśnięcia w razie obudzenia się w nocy. Środki nasenne tej grupy powinny w przeciwieństwie do poprzednio omówionych działać szybko i mocno, lecz przez krótki jedynie czas. Po krótkim, głębokim śnie działanie preparatu powinno się wyczerpać, tak aby sen osiągnięty sztucznie zapomocą leku przeszedł bezpośrednio w sen fizjologiczny. Gdyby taki sen został przerwany przez wpływ czynników zewnętrznych, to pacjent nie powinien po obudzeniu się odczuwać żadnych niepożądanych objawów działania następczego.

Takiego środka nasennego, któryby odpowiednio do wymagań praktyki i teorji sprowadzał sen dostatecznie szybko i był jednocześnie pozbawiony niepotrzebnego, zbyt długotrwałego działania następczego, dotychczas wogóle nie mieliśmy. Była to w farmakologji środków nasennych bardzo poważna luka. Wobec braku odpowiednich preparatów stosowano dla umożliwienia szybkiego uśnięcia łagodne środki nasenne, będące raczej środkami uspokajającemi i cechujące się właśnie swem nieznacznem działaniem następczem. Pierwszym prawdziwym środkiem nasennym bezpośrednio ułatwiającym zasypianie jest Evipan.

Evipan (N- metylo-cykloheksenylo-metylo-malonylo-mocznik) jest środkiem nasennym o szybkiem wchłanianiu, silnem lecz krótkotrwałem działaniu i szybkiem wydalaniu. Evipan nadaje się wobec tego znakomicie do zajęcia miejsca środka nasennego, brakującego dotychczas w arsenale leczniczym, a przeznaczonego dla stosowania przy utrudnionem zasypianiu wieczorem lub zbyt wczesnem budzeniu się w ciągu nocy albo nad ranem. Ze względu na szybkie wydalanie się preparatu z ustroju pacjent nie odczuwa nazajutrz żadnych objawów działania następczego. Evipan przedstawia dobry środek nasenny również dla ludzi, którzy budzą się w nocy, a następnie jedynie z trudem mogą znowu zasnąć (lekarze, aptekarze i t. d.). Evipan wykazuje swe pomyślne działanie nasenne również u pacjentów przyzwyczajonych do zażywania preparatów barbiturowych, nie powoduje także przyzwyczajenia, tak że z biegiem czasu nie zachodzi potrzeba zwiększania dawki. W razie potrzeby można z powodzeniem łączyć Evipan z innemi dłużej działającemi środkami nasennemi, co zapewnia oprócz szybkiego uśnięcia również i sen dostatecznie długi. *Portmann* i *Askeby* radzą podawać 0,2 g Phanodormu i 0,25 g Evipanu i popić filiżanką gorącego naparu z rumianku. *Askeby* wypróbował Evipan na samym sobie, gdy po nocnej wizycie lekarskiej nie mógł znowu zasnąć. Po zażyciu jednej tabletki zasnął prawie natychmiast i obudził się nad ranem o zwykłej porze zupełnie świeży i wypoczęty. Od tego czasu *Askeby* podawał z pomyślnym wynikiem Evipan 21 pacjentom z różnemi lżejszemi zaburzeniami snu pochodze-

nia „nerwowego“ lub czysto psychicznego. Poprzednio pacjenci ci nie mogli wieczorem zasnąć lub budzili się „za wcześnie“.

W znakomitej większości przypadków 1 do 2 tabletek Evipanu wystarczały dla usunięcia istniejących zaburzeń snu; Evipan zawodził jedynie w bardzo nielicznych przypadkach, przyczem następnie przeważnie okazywało się, że zaburzenie snu miało znacznie poważniejsze podłoże lub też pacjent nie przyjmował środka w należyty sposób (Evipan należy przyjmować na możliwie pusty żołądek i obficie popić ciepłym płynem). Większość pacjentów zasypiała w 15 do 30 minut po zażyciu preparatu. Evipan nigdy nie powodował po obudzeniu się bólów głowy ani wrażenia zmęczenia. U dwóch pacjentek z wysokiem ciśnieniem tętniczem Evipan doprowadził do bardzo pożądanego odprężenia psychicznego i znacznego uspokojenia ogólnego.

Tolerancja Evipanu jest doskonała, jak tego dowodzi między innemi również i przypadek zatrucia Evipanem opisany przez *Olesena*. Chory zażył 18 tabletek (4,5 g Evipanu), poczem spał 18 godzin, otrzymał jeden zastrzyk dożylny środka pobudzającego i po obudzeniu się przyszedł bardzo prędko do siebie. Farmakologiczne badanie Evipanu wykazało, że codzienne podawanie preparatu nawet w ciągu długich miesięcy zawsze wywiera jednakowe działanie nasenne; również i praktyka potwierdziła, że nawet po długotrwałem, nieprzerywanem stosowaniu można się nie obawiać przyzwyczajenia do preparatu.

Dr. C. HEMPEL, Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu w Marburgu.

LECZENIE PERIARTHRITIS HUMEROSCAPULARIS ZAPOMOCĄ OKOŁOSTAWOWYCH WSTRZYKIWAŃ RIVANOLU.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1934, Nr. 13).

Leczenie Periarthritis humeroscapularis zapomocą okołostawowych wstrzykiwań Rivanolu odbywa się w sposób następujący: znieczulamy przewodnictwo splotu ramieniowego oraz znieczulamy podskórnie w kształcie litery V okolicę stawu barkowego; następnie mieszamy 30 — 40 cm^3 roztworu Rivanolu 1 : 1000 i 30 — 40 cm^3 1‰-owego roztworu Pantocainy i mieszaninę tę wstrzykujemy okołostawowo. Zamiast znieczulenia przewodnictwa można stosować również rausz chloretylowy lub uśpienie eterowe. Po wystąpieniu rauszu lub uśpienia wstrzykuje się okołostawowo Rivanol + Pantocainę. Wstrzykiwań okołostawowych można również dokonywać bez rauszu lub znieczulenia przewodnictwa, przyczem postępuje się wówczas w sposób następujący: przedewszystkiem wstrzykujemy okołostawowo dostateczną ilość płynu znieczulającego i dopiero następnie po 10 — 15 minutach wstrzykuje się w to samo

miejsce 30 — 40 cm^3 Rivanolu zmieszanego z 30 — 40 cm^3 Pantocainy. Dobre znieczulenie jest koniecznie potrzebne, gdyż bez niego wstrzykiwania Rivanolu sprawiają choremu niepotrzebnie wiele bólu. Przy leczeniu następczem duże znaczenie ma gimnastyka lecznicza. Przeciętny czas leczenia wynosił 23 dni. Bóle ustępowały bardzo szybko. Autor wypróbował uprzednio nieszkodliwość okołostawowych wstrzykiwań 1‰-owego roztworu Rivanolu (+ Pantocaina 1‰) w szeregu odpowiednich doświadczeń na psach i królikach. Przy stosowaniu stężenia Rivanolu 1 : 1000 ani razu nie stwierdzono w mięśniach żadnych objawów podrażnienia. Jedynie w pojedyńczych przypadkach stwierdzono w mięśniach tworzenie się drobnych stwardnień. Na preparatach histologicznych znajdywano na drugi dzień po wstrzyknięciu liczne ciałka białe; leukocyty, choć coprawda już w znacznie mniejszej ilości, znajdywano jeszcze na czwarty dzień. Następnie autor dokonał badań klinicznych na chorych, które polegały na tem, że w 1. 2. 3. i 4. dniu po wstrzyknięciu badał surowicę krwi i mocz na zawartość Rivanolu. Przy badaniu zapomocą specjalnego analizatora kwarcowego zarówno mocz jak i surowica chorych wykazywały w porównaniu z normalnym moczem i normalną surowicą wyraźną fluorescencję, — będącą dowodem obecności w nich Rivanolu. Fluorescencja ta była w pierwszym dniu po wstrzyknięciu najsilniejsza, a następnie aż do czwartego dnia słabła coraz bardziej. Zjawiska fluorescencji surowicy i moczu wskazują wyraźnie na drogę, którą wstrzyknięty okołostawowo Rivanol opuszcza ustrój. Autor uważa, że okołostawowe wstrzyknięcie Rivanolu wywołuje w bezpośredniem sąsiedztwie ogniska chorobowego nieswoisty stan podrażnienia. Zarówno badania histologiczne jak i spostrzeżenia kliniczne wykazały, że stan ten utrzymuje się conajmniej przez 4 dni. Wstrzykiwania Rivanolu są w stanie już na drodze czysto mechanicznej rozpuścić lub rozłączyć sklejone warstwy pochewek ścięgnowych i kaletek maziowych. Wstrzykiwania te wykazują wpływ pomyślny również i na myogelozy. Istota zjawisk leczniczych zależy jednak przedewszystkiem od nieswoistych zmian zapalnych, wywołanych przez odkładanie się Rivanolu w tkankach.

UPUST KRWI.

(Referat według Ther. Ber. 1933, Nr. 10).

Pierwsze wzmianki o świadomem stosowaniu upustu krwi dla celów leczniczych znajdujemy już w dziełach, pochodzących z przed 2000 lat. Były czasy, że upust krwi uchodził za uniwersalny środek leczniczy, nie było prawie ani jednej sprawy chorobowej, którejby nie próbowano leczyć zapomocą upustu! Następnie upust krwi został uznany za metodę zupełnie bezwartościową, a nawet szkodliwą i zaniechano jego stosowania prawie zupełnie. W ciągu długich stuleci powstało o upuście krwi kolosalne piśmiennictwo, omawiające wskazania do stosowania go i sposób jego działania.



Upust krwi z ramienia, według Regimen sanitatis, XV wiek.

Historja wymienia jako pierwszego, który dokonał upustu krwi *Podaleiriosa*, syna *Eskulapa;* podanie głosi, że na drodze powrotnej z wyprawy Trojańskiej *Podaleirios* uratował zapomocą upustu krwi chorą córkę karyjskiego króla *Damoethusa.* Nie ulega jednak wątpliwości, że historja upustu krwi sięga do czasów dawniejszych. *Hippokrates* znał już bardzo dobrze działanie upustu krwi i stosował go przy zapaleniach opłucnej i otrzewnej, przy anginie, drgawkach i zatrzymaniu moczu. W 100 lat po *Hippokratesie Chrysippus* z Knidos występuje jako energiczny przeciwnik upustów krwi. Następnie poglądy stopniowo się zmieniają i za czasów *Celsa* upust krwi jest znowu ogólnie stosowanym zabiegiem leczniczym. Według dowcipnego podania *Pliniusza* upust krwi jest wynalazkiem konia z nad Nilu, który podobno otworzył sobie ostrą rurą żyły udowe. *Galen* stosuje upust na szeroką skalę i poświęca mu w swych dziełach obszerny rozdział. Poglądy *Galena* cieszyły się powszechnem uznaniem w ciągu długich stuleci i w związku z tem również i upust krwi, którego *Galen* był gorliwym zwolennikiem, był naogół zabiegiem bardzo cenionym



Upust krwi z nogi według Regimen sanitatis, XV wiek.

i chętnie stosowanym. Na początku średniowiecza wykonywanie upustu krwi znajdowało się w rękach mnichów i dopiero w r. 1300 papież *Bonifacy VIII* zabronił duchowieństwu zajmowania się puszczaniem krwi. W ten sposób na po-



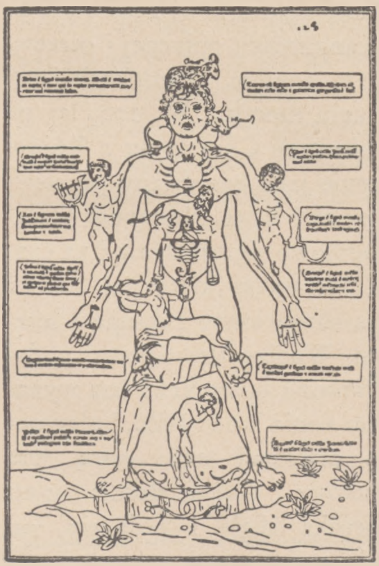
Upust krwi według Bossé'go (1611 — 1678).



Bańki, Steffen Arends, Lubeka, 1519.

czątku XIV wieku stosowanie upustu przeszło do rąk łaziebników i cyrulików, którzy puszczali krew zupełnie bezkrytycznie i przy każdej sposobności.

Z biegiem czasu upust krwi zostaje znowu uznany przez lekarzy. W dnie, w które dokonywano upustów, lekarze wywieszali przed swemi mieszkaniami przyrządy do puszczania krwi i tablicę upustów krwi, na której uwidocznione były najodpowiedniejsze dni dla dokonywania upustów. Panował pogląd, że przy określonych chorobach należy puszczać krew tylko ze ściśle określonych żył, które były dokładnie oznaczone na specjalnych kartach ilustrujących upust krwi. W jednej z ksiąg omawiających upust krwi, znajdujemy np. takie wskazówki:

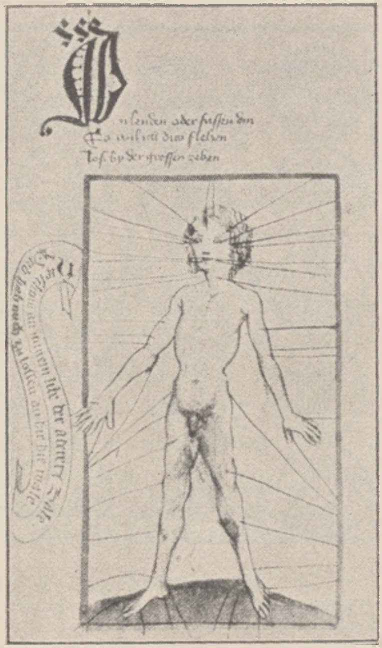


Upust krwi, Fasciculus medicinae J. de Kethama, 1491.

„Istnieje również żyła na palcu wskazującym, którą anatomowie nazywają Salvatellam. Z żyły tej puszcza się krew na prawym ręku, jeżeli pacjent cierpi na zaparcie wątroby, a na lewym ręku, jeżeli chory skarży się na zaparcie śledziony“. Słynna szkoła lekarska z Salerno ułożyła nawet szczegółowe przepisy, jakiego dnia, przy jakiej chorobie

i z jakiej żyły należy puszczać krew, aby zabieg został uwieńczony powodzeniem.

Według „Zwierciadła świata" *Geilera,* dzieła, które się ukazało około 1500 roku, zastosowano z powodzeniem upust krwi pewnej kobiecie, która zdradzała swego męża; upust był więc odpowiednim lekiem również i na niewierność małżeńską. Niezawsze jednak upust krwi dawał oczekiwany wynik. Czasami chory tracił podczas upustu krwi przytomność, a w poszczególnych przypadkach „upust był nawet przyczyną śmierci".



Miejsca upustów krwi według Regimen sanitatis. XV wiek.

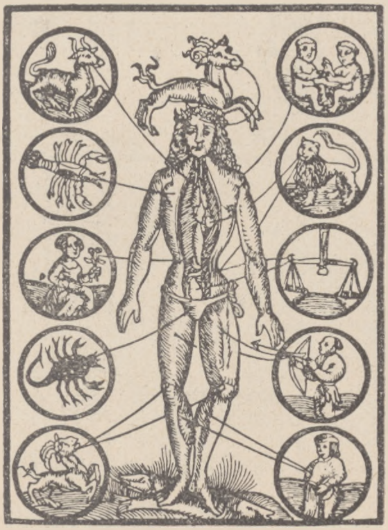
Krew odciągano nietylko z żyły, lecz również i zapomocą ciętych baniek. W czasach starożytnych naszą obecną ideę baniek urzeczywistniano w ten sposób, że przystawiano do ciała róg, z którego przez górny otwór wysysano powietrze, a następnie zamykano ten otwór palcem lub woskowym korkiem. W czasach średniowiecznych służyły dla tego celu metalowe lub szklane naczynia z szeroką szyjką. W pewnej „Księdze upustów krwi" z XVI wieku znajdujemy następującą wzmiankę: „Upust krwi z żyły wydobywa krew z głębi ciała, z serca i płuc. Bańki natomiast ujawniają krew tylko z części powierzchownych, z mięśni i ze skóry".

Epoka Odrodzenia nadal stosuje upust krwi na szeroką skalę. Bardzo popularne były wówczas tak zwane „Kalendarze upustów krwi". Krew płynie potokami. Dopiero *Paracelsus* występuje w r. 1529 energicznie przeciwko temu „wampiryzmowi". W Paryżu w r. 1514 powstaje na temat sposobu dokonywania upustu głośny spór, gdy *Brissot* (1478 — 1522) zaproponował, aby zamiast upustu na nodze po drugiej stronie dokonywać upust z żył na ręku po tej samej stronie, tak jak uczył *Hippokrates.* W wieku XVII zwolennikami upustów byli *Sydenham, Stahl, Boerhave.* W wieku XVIII nadużywanie upustu krwi dochodzi, zwłaszcza we Francji, do szczytu. Przy wszelkich możli-



Upust krwi. Traktat o upuście krwi. Landshut, 1520.

wych chorobach puszcza się krew i to w takich ilościach, że chorzy mdleją lub dostają drgawek. Krew płynie potokami. W niedzielę tłumy ludzi śpieszyły ze wsi do miast, aby dać sobie odciągnąć nadmiar krwi. Były przypadki, że w krótkim czasie dokonywano jednej osobie 30 do 50 upustów krwi. Pewnej kobiecie dokonano w ciągu jej 30-letniego życia 1309 upustów krwi. Należy przyznać, że podnosiły się dość często głosy opozycji przeciwko tym nadużyciom upustów krwi, lecz były one zbyt słabe, aby skutecznie się przeciwstawić temu modnemu zabiegowi. Dopiero postępy anatomji patologicznej i fizjologji zmieniły ten fatalny stan rzeczy i sprowadziły poprawę. Lecz medycyna ówczesna szybko wpadła w drugą ostateczność i zamiast ograniczyć nadużycia usunęła prawie zupełnie upust krwi z arsenału zabiegów leczniczych (połowa ubiegłego wieku). Urzędowa medycyna uznała upust krwi za zabieg zupełnie niepotrzebny, stosowano go coraz rzadziej, aż popadł on prawie w zupełne zapomnienie.



Tablica upustów krwi.
Według jatromatematyków zodjak, czyli zwierzyniec niebieski, rządzi odpowiedniemi, uwidocznionemi na rysunku częściami ciała. Według jatromatematyki Hermesa Trimegistosa człowiek, zwierzęta i minerały podlegają wpływowi gwiazd, podobnie jak soki i narządy ustroju ludzkiego. Również i Arnald von Villanova (1238 — 1311) był zwolennikiem tej pseudo-naukowo-astrologicznej spekulacji. Obraz pochodzi z „Kalendarza wszelkiego leczenia" J. Künigsbergera (Augsburg, 1539).

Nowa epoka w historji upustu krwi zaczyna się od roku 1887, gdy *Dyes* z Hanoweru w maleńkiej broszurce znowu zalecił stosowanie upustu krwi w odpowiednich przypadkach. Stary spór o upuście krwi rozgorzał znowu, lecz tym razem uczeni opierali się przedewszystkiem na dokładnych spostrzeżeniach klinicznych i badaniach doświadczalnych, dzięki którym udało się wreszcie zdobyć przedmiotowy obraz działania upustu krwi i ścisłe wskazówki do stosowania go w lecznictwie ku pożytkowi cierpiących chorych.

Dr. E. PREISSECKER, II Klinika Położnicza Uniwersytetu w Wiedniu.

UŚMIERZANIE BÓLU W POŁOŻNICTWIE.

(Referat według Klin. Wschr. 1934, Nr. 25).

Uśmierzanie bólu w położnictwie obejmuje dwa różne zagadnienia: wykluczenie lub złagodzenie fizjologicznego bólu porodowego oraz postępowanie znieczulające przy zabiegach położniczych. Punkt uchwytu działania przeciwbólowego różnych środków uśmierzających bóle jest niejednakowy: morfina i skopolamina np. działają na samo mózgowie, pochodne kwasu barbiturowego na międzymóżdże (Hypothalamus), lędźwiowe środki znieczulające na rdzeń kręgowy a miejscowe środki znieczulające na obwodowy układ nerwowy (znieczulenie nerwu sromnego). Stosowanie skopolaminy + pantopon opiera się na poglądach *Sellheima.* Autor wypróbował to połączenie na przeszło 30 kobietach, lecz przekonał się, że złagodzenie bólów było stosunkowo niewielkie. Kobiety nierozsądne i niecierpliwe krzyczały również i po zastosowaniu tych środków, natomiast kobiety, które w okresie rozwierania zachowywały się spokojnie, nie zmieniały swego zachowania również podczas bólów w okresie przerzynania się główki. Dwoje dzieci urodziło się w stanie lekkiej asfiksji. Wiadomo zresztą, że pochodne morfiny nie są bynajmniej obojętne dla dziecka. W każdym razie na krótko przed porodem stanowczo morfiny dawać nie należy.

Z pośród środków narkotycznych 10%-owy wodny roztwór soli sodowej kwasu butylo-bromo-allylo-barbiturowego ulega w ustroju prawie zupełnemu rozkładowi na związki fizjologicznie obojętne, wobec czego nawet przy zaburzeniach czynności nerek środek ten prawie wcale nie grozi niebezpieczeństwem kumulacji. Bromowy kwas barbiturowy należy wstrzykiwać dożylnie nadzwyczaj wolno (conajmniej 1 minuta na 1 cm^3). Dla skrócenia przerwy bólowej, występującej zaraz po wstrzyknięciu, autor natychmiast wstrzykuje domięśniowo wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej (2 jednostki Vögtlina). Przy toksykozach, a przedewszystkiem przy rzucawce porodowej, bromowany kwas barbiturowy posiada jako środek odurzający tę zaletę, że się nie rozkłada w wątrobie. Co się tyczy wpływu bromowanego kwasu barbiturowego na płód, to poglądy w tej sprawie nie są dotychczas ustalone.

Evipan-Natrium wydziela się przy uszkodzonej wątrobie wolniej, wobec czego nie wolno go w takich przypadkach stosować, tak, że np. przy rzucawce porodowej nie wchodzi on w rachubę. Narzuca się pytanie, czy może już i prawidłowa ciąża z jej znacznem obciążeniem wątrobowem nie stanowi przeciwwskazania. Autor stosował dotychczas uśpienie zapomocą Evipanu-Natrium jedynie przy małych zabiegach położniczych i był z działania tego środka usypiającego bardzo zadowolony. Autor wstrzykuje według obowiązującego przepisu bardzo wolno, dopóki pacjentka nie zaśnie, poczem wstrzykuje jeszcze 2 — 4 cm^3. Dotychczas stosowano Evipan-Natrium jako środek odurzający podczas porodu jedynie w niewielu przypadkach, gdyż mniejsze dawki z tru-

dem sprowadzają zaledwie spokojny sen. Również *Holtermann*, jedyny który posiada większe doświadczenie przy stosowaniu Evipanu-Natrium podczas porodu, osiągał w okresie wydalania zapomocą 3,5 — 4 cm^3 niegłęboki sen, trwający 10 do 20 minut. Jeżeli dawkę zwiększyć o dalsze 2 — 4 cm^3 sen stosunkowo niegłęboki przechodzi w uśpienie całkowite, niepomyślne dla przebiegu porodu. *Köster* wykonywał w uśpieniu evipanowem nawet cesarskie cięcia. *Preissecker* spostrzegał ostatnio u pewnej kobiety ciężką zapaść po uśpieniu evipanowem; chora była bardzo skrwawiona po przebytem poronieniu, wobec czego zaburzenia krążeniowe same już dostatecznie tłumaczyły powstanie zapaści; zapomocą dużych dawek Coraminy pacjentkę udało się uratować. Podobnie jak bromowany kwas barbiturowy w połączeniu ze skopolaminą i środkami pobudzającemi skurcze maciczne nadaje się doskonale dla osiągnięcia stanu odurzenia podczas porodu, należy uważać Evipan-Natrium za najodpowiedniejszy środek dla zabiegów położniczych.

Największe doświadczenie w stosowaniu znieczulenia lędźwiowego w położnictwie posiada *Cosgrove* z New Jersey, który w ciągu 6 lat wykonał 4093 znieczulenia lędźwiowe w praktyce położniczej. Znieczulenie to zawiodło zaledwie w 2% przypadków. Przypadku śmierci nie było ani jednego. Zaledwie trzecia część kobiet rodziła samodzielnie, co dowodzi, że blokada rdzeniowa wskutek wyłączenia czynności tłoczni brzusznej przedłuża w sposób anormalny okres wydalania i czyni wreszcie niezbędnem operacyjne zakończenie porodu. W Europie stosuje się znieczulenie lędźwiowe jedynie dla większych zabiegów położniczych. Okoliczność, że w położnictwie obserwuje się po znieczuleniu lędźwiowem więcej przypadków śmiertelnych niż w ginekologji, tłumaczy się tem, że kobiety ciężarne wykazują inny odczyn biologiczny na środek znieczulający. Już samo wysokie ustawienie przepony, zmniejszona pojemność płuc, większe wypełnienie krwią układu żylnego miednicy i zwiększona przepuszczalność błon komórkowych nakazują szczególną ostrożność. Jednakże znieczulenie lędźwiowe u ciężarnych posiada również swe zalety, które przeważają nawet strony ujemne. Znieczulenie lędźwiowe wzmaga napięcie mięśnia macicznego, co skutecznie przeciwdziała występowaniu atonji. Również i perystaltyka zwiększa się na dłuższy okres czasu. Dzięki temu, że chore po operacji pozostają całkowicie przytomne, technika oddychania jest lepsza, co ułatwia unikanie powikłań ze strony płuc. Wzmożenie napięcia moczowodów i pęcherza moczowego przyczynia się do zmniejszenia ilości przypadków atonji pęcherza podczas połogu i wogóle schorzeń narządu moczowego. Pooperacyjne bóle głowy występują u ciężarnych bardzo rzadko. *Preissecker* spostrzegał je w 4% przypadków w przeciwieństwie do 10 — 15% po operacjach ginekologicznych.

Preissecker wykonał w znieczuleniu lędźwiowem przeszło 1800 zabiegów. Jako środek znieczulający stosował między innemi również i Pantocainę. Złagodzenie bólu było zupełnie dostateczne i trwało znacznie dłużej niż operacja, tak że następnie podczas pierwszych godzin połogu nie trzeba było stosować żadnych wstrzykiwań przeciwbólowych. *Siegerit* na 191 cięć cesarskich, wyko-

nanych w znieczuleniu lędźwiowem, stracił 2,5% dzieci, *Preissecker* na 150 cięć cesarskich stracił 4%. Wynikom tym należy przeciwwstawić śmiertelność dzieci wynoszącą 8% przy 482 cięciach cesarskich wykonanych w uśpieniu eterowem. Śmiertelność matek wynosiła 3,3%; znieczulenie lędźwiowe obciąża tylko jeden przypadek śmierci matki. Autor zwraca szczególną uwagę na wielkie znaczenie dokładnego ustalania wskazań. Pośród przeciwwskazań, które należy starannie rozważać, na pierwszem miejscu stoją zaburzenia czynności serca. Znaczne obciążenie narządu krążenia podczas ciąży sprawia, że każdą niewyrównaną wadę serca należy uważać za bezwzględne przeciwwskazanie. Kobietom w ciąży należy pozatem wstrzykiwać dolędźwiowo minimalną potrzebną dawkę. Przeciwko objawom zapaści należy zawsze mieć w pogotowiu zwykłe środki analeptyczne. Dla porodów samoistnych znieczulenie lędźwiowe nie jest według *Preisseckera* postępowaniem najodpowiedniejszem, a to ze względu na wyłączenie czynności tłoczni brzusznej.

Następny sposób łagodzenia bólów rodzącej polega na znieczulaniu nerwu sromnego (nervus pudendus). Czynność nerwu przerywamy w ten sposób, że wstrzykujemy środek znieczulający do tkanki okołonerwowej w tem miejscu, w którem nerw wychodzi z Foramen ischiadicum minus. Od czasu gdy dla tego sposobu znieczulania mamy do dyspozycji Pantocainę i inne podobne preparaty, zastępujące kokainę z jej krótkim czasem działania, nie potrzebujemy ograniczać znieczulenia sromnego wyłącznie do okresu wydalania, lecz osiągamy tą drogą kilkogodzinne uśmierzenie bólu, któremu sprzyja ponadto zwiotczenie mięśni dna miednicy. Staramy się wymacać Tuber ischiadicum, leżący w tej samej płaszczyźnie co odbyt i wkłuwamy igłę przy jego wewnętrznym brzegu; następnie, ciągle wstrzykując, posuwamy igłę na 6 — 7 cm w głąb w kierunku do Spina ischiadica. W ten sposób udaje się z pewnością trafić na wszystkie 3 gałązki nerwu sromnego, a także na rami perineales nervi cutanei femoris posterioris. *Preissecker* a także i *Weibel* z Pragi dokonywują wstrzyknięcia dopiero przy całkowitem rozwarciu ujścia macicznego. Na 100 porodów znieczulenie było w 70% całkowite, w 15% dostateczne i w 15% niewystarczające. Infiltrację okołoszyjkową lub okołomaciczną podczas porodu, tak jak ją wykonywują *Gellert* i *Pribram* niezależnie od znieczulenia sromnego już w okresie rozwierania, stosował *Preissecker* jedynie wyjątkowo, ze względu na istniejące przytem niebezpieczeństwo uszkodzenia żył. Rzeżączka, lepieże i gorączka stanowią przeciwwskazania do znieczulenia okołoszyjkowego i okołomacicznego, natomiast jest ono bardzo odpowiednie przy mniejszych zabiegach położniczych, jak przerwanie ciąży w pierwszych miesiącach i opróżnianie jamy macicznej po poronieniu, zwłaszcza w tych przypadkach, w których uśpienie inhalacyjne jest niemożliwe. *Preissecker* wykonywał w znieczuleniu sromnem również liczne rozwiązania kleszczowe, wydobycie płodu i zabiegi ręczne. Odsetek przypadków niereagujących na ten sposób znieczulenia wynosił przeciętnie 20%.

Znieczulenie miejscowe stosujemy chętnie również przy wielkich operacjach położniczych, przedewszystkiem przy cięciu cesarskiem, zwłaszcza gdy nie można dokonać ani uśpienia inhalacyjnego ani znieczulenia lędźwiowego, jak np. przy skrzywieniach kręgosłupa (Kyphoscoliosis). Największem uznaniem cieszy się przy znieczulaniu miejscowem ½%-owy roztwór Novocainy. Jedynym wyjątkiem, przy którym znieczulanie miejscowe nie jest w stanie całkowicie uśmierzyć bólów, są bóle przy wydobyciu dziecka.

Żaden ze sposobów uśmierzania bólów podczas porodu nie można jeszcze uważać za doskonały. Jednakże już obecnie okazuje się zupełnie możliwe zapewnić rodzącej w okresie rozwierania i wydalania znaczną ulgę i zaoszczędzić jej niepotrzebnych cierpień. Najważniejszym warunkiem powodzenia postępowania przeciwbólowego podczas porodu jest doskonałe opanowanie przez lekarza - położnika wszystkich sposobów techniki uśmierzania bólów.

Dr. M. WEICHMANN, Weissenburg w Bawarji.

O STOSOWANIU PANTOCAINY W PRAKTYCE.

(Referat według Th. Ggwt. 1933, Nr. 2).

W dziedzinie oto-rhino-laryngologji Pantocaina przedstawia preparat zastępujący z całkowitem powodzeniem kokainę. Początkowo autor stosował dla znieczulenia powierzchniowego 1½-owy roztwór Pantocainy, który dla mniejszych zabiegów operacyjnych jak konchotomje, adenotomje, usuwanie polipów lub przerostu gruczołów i t. d. okazywał się zupełnie wystarczający. Z biegiem czasu autor przy zabiegach laryngologicznych, usuwaniu polipów strun głosowych i przy ogólnem znieczuleniu krtani zaczął chętniej używać roztwór 2%-owy, gdyż ten zapewniał mu doskonałe bezwzględne znieczulenie. 2%-owy roztwór Pantocainy oddaje tu takie same usługi jak 20%-owy roztwór Pantocainy.

Obecnie dla znieczulania powierzchniowego autor stosuje tylko 2%-owy roztwór Pantocainy. Roztwór 1%-owy również okazuje się zupełnie skuteczny, jednakże przy 2%-owym znieczulenie następuje prędzej, co przedstawia w praktyce znaczne oszczędzenie czasu.

Pantocainę można stosować również i dla znieczulania infiltracyjnego (1 — 2‰). Autor chętniej jednak korzysta w tym celu z ½ — 1%-owych roztworów Novocainy.





NOTATKI TERAPEUTYCZNE

WZORY RECEPT Z NOVALGINĄ.

Gorączka gruźlicza.

Rp. Pyramidoni 0,1
Novalgin 0,2—0,3
M. f. p. Dtd XII in obl.
S. Co 2 — 3 godziny 1 proszek.

Rp. Novalgini 0,2—0,3
Luminali 0,02
M. f. p. Dtd XII in obl.
S. Co 2 — 3 godziny 1 proszek.

Rp. Pyramidoni 0,3
Novalgini 3,0
Trae amarae 1,0
Sir. spl. 10,0
Aq. dest. ad. 100,0
M. D. S. Co 2 — 3 godziny po łyżce stołowej.

Dla uśmierzania bólu.

Rp. Pyramidoni 0,3
Novalgini 0,5
M. f. p. Dtd VI in obl.
Odpowiednio do potrzeby
S. 3 —4 razy dziennie.

Arthritis rheumatica.

Rp. Aspirini 0,3
Novalgini 0,6
Codeini phosphorici 0,01
M. f. p. Dtd XII in obl.
S. 3 — 4 razy dziennie.

Silnie swędzące choroby skórne.

Rp. Novalgini 3,0
Zinc. ox. c. amyl. 7,0
Glycerini 9,0
M. f. pasta.
S. Smarować 2 — 3 razy dziennie.

Choroby z zaziębienia.

Dla dzieci:

Rp. Novalgini 1,0—3,0
Sir. spl. 20,0
Trae Anisi 2,0
Aq. dest. ad 100,0
S. 3 — 4 razy dziennie po łyżeczce od herbaty.

Rp. Novalgini 1,0—3,0
Sir. simpl. 20,0
Trae aurant. 1,0
Aq. dest. ad 100,0
S. 3 — 4 razy dziennie po łyżeczce od herbaty.

Dorośli:

Rp. Novalgini 3,0—5,0
Mixt. solv. ad 200,0
M. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową.

Rp. Codeini phosph. 0,1—0,2
Novalgini 3,0—5,0
Aq. Am. am. 2,0
Aq. dest. ad 20,0
M. D. S. Co 2 godziny po 20 kropel.

Choroba glikogenowa.

Choroba glikogenowa została bliżej opisana dopiero przed 4 laty. Cierpienie to występuje u dzieci i osobników młodocianych. Główne objawy tej choroby są następujące: Hepatonephromegalia glykogenica, Glykogenosis, Thesaurismosis glykogenica. Istota cierpienia polega na swoistem zaburzeniu cukrowej przemiany materji. Na pierwszym planie stoi prawie zawsze powiększenie wątroby, która jest gładka, dość twarda i niebolesna. To powiększenie wątroby zależy jednak nietylko od odkładania w niej niezwykle dużych ilości glikogenu, lecz wątroba zawiera jednocześnie znaczny nadmiar wody. Przy chorobie glikogenowej stwierdza

się ograniczenie zdolności ustroju do rozkładania ludzkiej skrobi; ustrój może tę zdolność nawet całkowicie utracić. Przejawem niedostatecznego wydalania cukru z wątroby jest stale stwierdzany naczczo niski poziom cukru we krwi. Wpływ adrenaliny na glikemję jest bardzo słaby, albo nie ujawnia się nawet wcale. Bardzo ważnem dla rozpoznania choroby glikogenowej jest wydzielanie związków ketonowych. U dzieci cierpiących na chorobę glikogenową stwierdza się nierzadko zwiększoną skłonność do krwawień. W posuniętym okresie choroby zawsze występują zaburzenia prawidłowego wzrostu. Niemowlęta dotknięte chorobą glikogenową cierpią na bardzo obfite ogólne poty. Skutecznego leczenia omawianej choroby dotychczas niema.

Biedermann i *Hertz* opisują historję choroby dwojga dzieci dotkniętych chorobą glikogenową. Pierwszy chłopczyk ma obecnie już 12 lat i znajduje się od 5 lat pod stałą obserwacją kliniki pedjatrycznej w Halle. Matka chłopca jest umysłowo chora. Chłopiec ma z powodu powiększenia wątroby bardzo duży brzuch. Pomiary ciała odpowiadają pomiarom karła przysadkowego, obwód głowy 48,6 cm, psychika odpowiada jednak wiekowi. Jądra w zaniku, wzgórek łonowy obfituje w tkankę tłuszczową w przeciwstawieniu do znacznego ogólnego wychudzenia. Wybitny brak wapnia doprowadził do skrzywień krzywiczych i częstych złamań kości. Obecności cukru w moczu nigdy nie stwierdzano, natomiast próby na aceton dość często dawały wyniki dodatnie. Stolec zawiera jedynie nieznaczne ilości tłuszczów, wolnych zaś kwasów tłuszczowych nie zawiera wcale. Drugi chłopiec mniej więcej w tym samym wieku był obserwowany na klinice w Jenie; zahamowanie wzrostu tego chłopca było mniejsze niż pierwszego. Zanik tłuszczu dotyczył całego tułowia; mięśnie wiotkie, klatka piersiowa beczkowata, skrzywienie kręgosłupa, napady padaczkowe.

Glikogenoza występuje często u potomstwa leczonych syfilityków; często stwierdza się w wywiadach rodzinnych degeneracyjne zmiany psychiczne, jak np. u matki pierwszego dziecka. Natomiast u żadnego chorego nie udało się dotychczas wykazać kiły. Przy chorobie glikogenowej występują nieprawidłowości wzrostu, przypominające dystrofje lub też nasuwające podejrzenie zaburzeń wewnątrzwydzielniczych; takie różne obrazy chorobowe mogą nawet występować jednocześnie u jednego chorego. Zmian anatomo-patologicznych w przysadce nie udało się dotychczas przy chorobie glikogenowej wykryć. Jednakże wiemy, że nawet w przypadkach Dystrophia adiposogenitalis oraz przy dziecięcej karłowatości możemy nie znajdywać żadnych miejscowych zaburzeń przysadkowych. Nie ulega wątpliwości, że przy glikogenozie mamy do czynienia z dziedziczną małowartościowością całego organizmu, a więc również i układu wewnątrzwydzielniczego, jednakże częste występowanie objawów przysadkowo-mózgowych nasuwa podejrzenie jakiegoś bardziej ograniczonego zaburzenia o cechach nerwowo-wewnątrzwydzielniczych.

Dr. H. Biedermann i dr. W. Hertz,
Kliniki pedjatryczne w Jenie i w Halle.
(Zschr. Kinderheilk. 1934, tom 56).

Uśpienie Avertiną przy chorobie Basedowa.

Autor omawia historję pewnego 17-letniego pacjenta, dotkniętego bardzo ciężką postacią choroby Basedowa (objawy wyjątkowo silnej tyreotoksykozy, wytrzeszcz, rozszerzenie serca, przyspieszenie tętna, wymioty, pobudzenie nerwowe i t. d.). W znieczuleniu Novocainą i uśpieniu gazem rozweselającym dokonano podwiązania górnych tętnic tarczycowych; chory zniósł operację bardzo źle, tętno podniosło się do 200 i życie pacjenta znajdowało się w wielkiem niebezpieczeństwie, które jedynie z wielkim trudem udało się przezwyciężyć. Drugi i trzeci zabieg operacyjny dokonano w uśpieniu Avertiną (0,1 g per rectum na kg wagi) i infiltracji Novocainą, względnie $N_2O + O_2$. W ten sposób usunięto początkowo prawy płat tarczycy, a po miesiącu częściowo również i lewy. Chory wyzdrowiał, przyczem autor jest zdania, że pacjent ten bez Avertiny napewnoby zginął.

Powyższe powodzenie skłoniło autora do wykonywania operacji Basedowa już wy-

łącznie w uśpieniu Avertiną. Materjał autora składa się dotychczas z 220 przypadków operowanych w narkozie avertinowej. Trzech chorych zmarło po zabiegu; przy uwzględnieniu wielkiego ryzyka operacyjnego należy uznać tę śmiertelność za bardzo małą; wyników takich nie udaje się osiągnąć przy żadnym innym usypianiu. Z pośród 3 przypadków śmiertelnych jeden zależał ponadto prawdopodobnie od zatrucia naparstnicą. Następny chory cierpiał na silne migotanie przedsionków i zmarł z powodu niedomogi serca, trzeci wreszcie znajdował się już przed operacją w rozpaczliwym stanie. Stan ogólny 19 chorych był tak ciężki, że należało wykonywać operację w dwóch lub nawet więcej okresach. 24 pacjentów cierpiało na bardzo ciężkie migotanie przedsionków. W kilku przypadkach Avertina pozornie zwiększała częstość tętna. Badania wszakże nad innemi środkami usypiającemi wykazały w sposób przekonywujący, że przyspieszenie tętna występowało przy wszystkich środkach narkotycznych, jeżeli serce chorego było szczególnie pobudliwe. Przyspieszenie po Avertinie było stosunkowo najmniejsze, a czasami działała ona nawet uspokajająco i zwalniała tętno. Każdy chory otrzymywał na 2 godziny przed operacją 0,004 g i na godzinę przed operacją 0,005—0,006 g morfiny dożylnie, następnie na 3 kwadranse przed operacją wlewano do odbytnicy 0,09—0,1 g (w 4 przypadkach 0,11 g) Avertiny na kg wagi. U cięższych pacjentów stosowano dawkę mniejszą niż obliczona teoretycznie, u chorych zaś ze znaczną nadczynnością tarczycy podawano dawki większe. Bezpośrednio przed operacją nastrzykiwano miejsce zabiegu 100—150 cm³ 0,5%-owego roztworu Novocainy (= 0,5 — 0,75 g Novocainy) + NaCl z adrenaliną 1 : 500.000. Więcej niż w 90% przypadków zachodziła ponadto potrzeba zastosowania $N_2O + O_2$.

Dr. G. Keynes, Londyn.
(Brit. Med. Journ. 1934, Nr. 3827).

Leczenie hormonalne dobrotliwych guzów sutkowych.

Moszkowicz uważa fibroadenomaty i cystoadenomaty gruczołu piersiowego za skutki niedomogi jajnikowej. Autor opisuje historję choroby pewnej 45-letniej kobiety cierpiącej na gruczolaki sutka. Po operacji doszczętnego usunięcia guza nowotwór jednak szybko się odnowił. Opierając się na swej hipotezie istnienia związku między wytwarzaniem się łagodnych guzów w gruczole piersiowym i niedomogą jajników, autor zastosował leczenie wstrzykiwaniami follikuliny. Follikulinę wstrzykiwano dwa razy tygodniowo w dawce po 100 jednostek mysich. Wobec tego, że cofanie się guza następowało bardzo wolno, autor zwiększył dawkę follikuliny do 30.000 jednostek miesięcznie. Wówczas guz zaczął się szybko zmniejszać. *Moszkowicz* przypuszcza, że zarówno włókniaki, jak i przerost gruczołu krokowego powinny jednakowo pomyślnie reagować na leczenie hormonalne.

Również *Witherspoon* (Med. Press and Circular 1933) donosi o pomyślnych wynikach leczenia włókniaków macicy zapomocą wstrzykiwania follikuliny. Follikulinę zastosowano jako środek leczniczy, wychodząc z założenia, że między bezpłodnością i fibromyomatozą istnieje pewien związek wzajemny. Wychodząc z analogicznych założeń, *Wöhling* (D. M. W. 1932, Nr. 52), *van Cappellen* (D. M. W. 1933, Nr. 19) i *Groner* (Wien. Med. Wsch. 1934, Nr. 10), zaproponowali leczenie przerostu gruczołu krokowego wstrzykiwaniami testiculiny i małych dawek follikuliny. W przypadkach niezbyt daleko posuniętych udawało się już zapomocą tej metody osiągnąć znaczną poprawę.

Dr. Moszkowicz, Wiedeń.
(Wien. Klin. Wschr. 1934, Nr. 9).

Uśpienie dożylne.

Spostrzeżenia autora dotyczą 125 przypadków narkozy wykonanej zapomocą dożylnego wstrzykiwania Evipan-Natrium. Długotrwałość snu zależała od wysokości dawki (od 7 do 10 cm³) i wahała się od 15 do 33 minut. Następcze dodatkowe wstrzykiwania umożliwiały przedłużenie czasu uśpienia do 70 minut. Pojedyńcza dawka nie powinna wynosić mniej niż 7,5 — 8 cm³; jedynie u pacjentów w wieku powyżej 70 lat już 5 cm³ dają dostateczne uśpienie.

W 38 przypadkach stosowano Evipan-Natrium jako zapoczątkowanie uśpienia lub ja-

ko uśpienie uzupełniające, przyczem przeważnie wystarczało wstrzyknięcie 5 cm³. W pewnym przypadku uśpienia avertynowego, które pod koniec zabiegu już nie wystarczyło, dodatkowe zastosowanie Evipan-Natrium sprowadziło znowu całkowite uśpienie. Chorzy po wstrzyknięciu Evipan-Natrium zasypiają spokojnie, bez żadnych objawów pobudzenia i równie spokojnie się budzą. Długotrwałego snu następczego Evipan-Natrium nie wywołuje. Amnezja wsteczna nie jest taka znaczna. W przypadkach ambulatoryjnych bardzo dobre wyniki dawało połączenie Evipan-Natrium z gazem rozweselającym.

Dr. K. Bauks,
Szpital im. Klementyny w Hanoverze.
(Zbl. Chir. 1933, Nr. 6).

W sprawie dożylnego uśpienia Evipanem-Natrium.

Spostrzeżenia autora dotyczą 170 przypadków usypiania całkowitego i podstawowego. Działanie narkotyczne Evipanu-Natrium było doskonałe. Szczególnie pomyślnie działał Evipan-Natrium jako środek dla usypiania podstawowego, np. przy ciężkich operacjach żołądkowych, przy których zaoszczędzenie eteru dochodziło do 50%. Autor uważa zwykły sposób przygotowania do narkozy za bardzo pożyteczny również i przy stosowaniu Evipan-Natrium. *Hoche* nie przekracza dawki 10 cm³ i nie stosuje dawek mniejszych niż 7 cm³. Działanie narkotyczne Evipanu-Na zawiodło tylko w jednym przypadku; sprawa dotyczyła 19-letniej pacjentki, która po dożylnem wstrzyknięciu 8½ cm³ Evipanu-Na nie zasnęła. W trzech przypadkach *Hoche* próbował regulować stopień uśpienia zapomocą Coraminy i CO_2. Pacjenci pogrążeni w głębokim śnie reagowali natychmiast na bodźce skórne.

Dr. O. Hoche,
Kl. Chir. Uniw. w Innsbrucku.
(Wien. Klin. Wschr. 1933, Nr. 39).

Leczenie schorzeń wywołanych działaniem gazów bojowych.

Przy zatruciach gazami łzawiącemi i gazami bojowemi z grupy niebieskiego krzyża należy przedewszystkiem starać się jaknajprędzej usunąć chorego z niebezpiecznego miejsca w obrębie działania gazów. Objawy podrażnienia oczu leczymy zasadową maścią oczną, 1—2%-owym roztworem siarczanu cynku, 2—5%-owym roztworem Novocainy. Podrażnienie górnych dróg oddechowych łagodzimy gliceryną mentolową i inspirolem. Przeciwko dolegliwościom żołądkowym podajemy konjak. Jeżeli od chwili zatrucia upłynęło już więcej niż dwie godziny, należy podawać do oddychania tlen oraz zastosować środki pobudzające serce. Chory powinien mieć zapewniony jaknajwiększy spokój. Przy zatruciach gazami z grupy zielonego krzyża pierwsza pomoc powinna polegać na przykryciu chorego wilgotnemi prześcieradłami dla niedopuszczenia do dalszego wdychania gazów. Transport chorego musi się odbywać w pozycji leżącej, przyczem zatruty powinien unikać wszelkich ruchów; chorego należy również starannie chronić przed utratą ciepła. Jako zabiegi lecznicze wchodzą w rachubę upust krwi, wdychanie tlenu, przy którem należy unikać wszelkiego ciśnienia, środki nasercowe i wstrzykiwania hipertonicznych roztworów cukru gronowego.

Pierwsza pomoc jest szczególnie ważna przy gazach bojowych należących do grupy żółtego krzyża, gdyż jedynie szybki ratunek doraźny jest tu w stanie uchronić chorego od ciężkich, niebezpiecznych dla życia następstw. Skórę, na którą zadziałały związki bojowe z grupy żółtego krzyża, należy łagodnie zmyć wodną papką chlorowo-wapienną, roztworem chloraminy i nadmanganianu potasu lub wodą utlenioną. Silniejsze zanieczyszczenia zmywamy benzyną, naftą lub zielonem mydłem.

Na dzień zakładamy wilgotne okłady (roztwór Dakina, 1—2%-owy roztwór chloraminy, 1‰-owy Rivanol, 0,4%-owy chinosol); na noc stosuje się opatrunki z maści iperitowej lub wazelinowej. Wdychanie pary gazów bojowych z grupy żółtego krzyża wymaga zarówno odnośnie pierwszej jak i lekarskiej pomocy tych samych zabiegów jak przy uszkodzeniach gazami zielonego krzyża. Wytwarzanie błon wrzekomych w drogach oddechowych zwalczamy wstrzykiwaniami surowicy błoniczej i tężcowej. Zaburzenia ze strony przewodu

pokarmowego uśmierzamy węglem i sodą. Przy ciężkich uszkodzeniach ogólnych próbujemy Omnadinę, preparaty siarkowe i białkowe. Przy uszkodzeniach oczu chronimy wzrok przed światłem, przemywamy oczy 2%-owym roztworem boru lub 1%-owym roztworem sody oraz stosujemy zasadową maść oczną i Novocainę.

Dr. K. Beulich, Erlangen.
(Klin. Wo. 1934, Nr. 19).

Leczenie chorób umysłowych zapomocą długotrwałego uśpienia.

Spostrzeżenia autora dotyczą 32 chorych dotkniętych chorobami umysłowemi (Schizophrenia, psychosis maniaco-depressiva, epilepsia, psychopathia, idiotismus) i leczonych metodą *Wietholda*. Metoda ta polega na sztucznem wywoływaniu nieprzerwanego długotrwałego snu (3 — 5 tygodni). Dla utrzymania ciągłości tego snu stosowano naprzemian paraldehyd, Luminal, Trional, Veronal i morfinę+skopolaminę. W wielu przypadkach leczenie powyższe zostało uwieńczone powodzeniem, gdyż chorzy po obudzeniu się byli zupełnie spokojni i przez dłuższy czas nie wykazywali żadnych objawów gwałtownego pobudzenia. Działanie długotrwałego uśpienia udało się następnie jeszcze wzmocnić przez dodatkowe zastosowanie leczenia bodźcowego (Omnadina, mleko i t. p.). U wszystkich leczonych w ten sposób pacjentów stwierdzono wybitne uspokojenie, które w 6 przypadkach schizofrenji utrzymało się w ciągu kilku lat. Chore pacjentki poprawiły się do tego stopnia, że odzyskały możność zajmowania się gospodarstwem domowem.

Dr. K. Hofmann,
Zakład dla Umysłowo Chorych w Werneck.
(Psychiatr. Neurolog. Wschr. 1933, Nr. 42).

Spostrzeżenia nad działaniem Padutiny.

1) Chory ma obecnie 84 lata. Zachorował po raz pierwszy w lutym 1932 r. Doznał wówczas silnych bólów w prawej nodze. Prawa stopa była obrzmiała, zabarwiona na kolor niebiesko-czerwony. Obrzęk dochodził do dużego palca. W ciągu krótkiego czasu obrzęk zwiększył się jeszcze bardziej i objął również trzeci i czwarty palec. Poza miażdżycą badanie nie wykryło żadnych wyraźniejszych zmian chorobowych. Mocz nie zawierał białka ani cukru. Również dla rozpoznania dny nie było żadnych danych. Pod wpływem zwykle w takich przypadkach stosowanego leczenia (okłady, kąpiele, spokój, leżenie w łóżku, środki uspokajające, przeciwbólowe i nasenne), bóle i obrzmienie zmniejszyły się nieco. Nieprawidłowe zabarwienie skóry pozostało jednak bez zmiany. Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z zaburzeniami krążeniowemi lub z rozpoczynającą się zgorzelą na podłożu zmian miażdżycowych. Z tego względu zaleciłem Padutinę w kroplach. Już po 4 dniach znaczna poprawa: obrzęk, bóle i sine zabarwienie zmniejszają się wyraźnie; po 14 dniach prawie całkowite wyleczenie. Pomimo ustąpienia wszystkich objawów chorobowych zaleciłem dalsze przyjmowanie Padutiny. Po zużyciu 2 flaszeczek pacjent bez wiedzy lekarza odstawił Padutinę. Natychmiast nawrót i pogorszenie. Po wznowieniu zażywania Padutiny wyleczenie w ciągu 8 tygodni.

Luty 1934: ten sam obraz choroby, jak przed dwoma laty. Tym razem zajęte były czwarty i piąty palec prawej nogi. Po 3 dniach sprawa chorobowa przechodzi również na lewą nogę. Natychmiast zaleciłem przyjmowanie Padutiny w kroplach. Po 8 dniach bóle, obrzmienie i sinica znacznie mniejsze. Po dalszych 14 dniach wyleczenie, tak że chory znowu odzyskał możność chodzenia. Zaleciłem jednak nadal dłuższe przyjmowanie Padutiny.

2. Chory lat 88. W związku z przebyciem ciężkiej grypy ujawniły się zaburzenia krążeniowe z wytworzeniem się owrzodzeń

na podudziu. Oprócz leczenia miejscowego zaleciłem przyjmowanie Padutiny. Po zużyciu 3 flaszek owrzodzenie zagoiło się i skóra odzyskała swój dawny prawidłowy wygląd.

Na podstawie tych spostrzeżeń uważam wprowadzenie Padutiny do lecznictwa za cenne wzbogacenie naszego arsenału terapeutycznego, stosowanego przy cierpieniach miażdżycowych. Pragnąłbym jeszcze raz zwrócić uwagę, że w obu przypadkach stosowałem Padutinę w kroplach.

Dr. Hoehne, Ortelsburg.
(Ther. Ber. 1934, Nr. 9).

Trypaflavina w praktyce ogólnej.

Od wielu już lat stosuję Trypaflavinę dożylnie przy rzeżączce i przy schorzeniach septycznych oraz miejscowo przy pyodermjach, wąglikach i t. d. Na podstawie mego wielkiego doświadczenia uważam leczenie tym wysokowartościowym barwnikowym preparatem bakterjobójczym za nadzwyczaj skuteczne, gdyż w znakomitej większości przypadków dawało mi ono szybkie i pomyślne wyniki terapeutyczne. Niedające się czasem przy stosowaniu Trypaflaviny uniknąć zabarwienie na żółto bielizny nie ma w porównaniu ze skutecznością preparatu żadnego znaczenia, tembardziej że plamy te można z łatwością usunąć zapomocą Aflavolu. Z obszernego mego materjału, dotyczącego stosowania Trypaflaviny, pozwolę tu sobie przytoczyć w streszczeniu 3 przypadki, w których stosowanie różnych innych sposobów leczenia okazało się bezskuteczne, a które udało się wyleczyć dopiero zapomocą Trypaflaviny. W przypadkach ciężkiej ostrej grypy już pierwsze dożylne wstrzyknięcie doprowadzało często do doraźnego obniżenia gorączki i poronnego przerwania choroby. Uważam zatem, że również i przy grypie Trypaflavina zasługuje na większą uwagę.

1. Chory D. A., lat 41. Rozpoznanie: Impetigo capitis. Uporczywa skłonność do nawrotów. Leczony przez innych lekarzy stosowanemi zwykle w takich przypadkach środkami (maści rtęciowe i t. d.), jednakże zupełnie bez wyniku. Usunąłem liczne strupy i zaleciłem pendzlowanie roztworem Trypaflaviny 1 : 1000. Po 2 dniach skóra sucha, po 5 dniach znaczna poprawa, po 11 dniach zupełne wyleczenie. Dotychczas po upływie 7 miesięcy nawrotu nie było.

2. Chory E. R., lat 34. Grypa, od 4 dni gorączka 39,8. Dożylne wstrzyknięcie 5 cm³ 2%-owej Trypaflaviny. Następnego dnia o godzinie 8 gorączka 37,8°. Po obiedzie drugie wstrzyknięcie 10 cm³ 2%. Ciepłota następnego dnia: rano 36,9°, po obiedzie 36,6°. Ostateczne wyleczenie. Po każdem wstrzyknięciu chory sam zwracał uwagę na znaczne polepszanie się samopoczucia i stanu ogólnego.

3. Chory, lat 34. Rozpoznanie: sycosis superficialis. Od 5 tygodni leczy się bez żadnego rezultatu. Choroba przeszła już z owłosionej części twarzy aż na powieki. Wygląd chorego był okropny, stracił on wszelkie nadzieje wyleczenia, gdyż choroba w ciągu swego trzymiesięcznego trwania pogarszała się stale.

Leczenie: usunięcie strupów, częściowa epilacja. Okłady z Trypaflaviny 1 : 5000. Po 3 dniach codzienne okłady z roztworu 1 : 1000 oraz lampa kwarcowa. W siódmym dniu zupełne oczyszczenie się rozległej chorobowo zmienionej powierzchni poczem stałe postępowanie poprawy i ostateczne wyleczenie po 17 dniach. Nawrotów nie było.

Dr. H. Threin, Innsbruck.
(Ther. Ber. 1934, Nr. 7-8).

Przyczynek do nieswoistego leczenia uodporniającego.

Autor leczył zapomocą Omnadiny następujące skórne jednostki chorobowe:

a) Ecthyma vulgaris (2),
b) rozlana, przebiegająca z gorączką Eczema impetiginoides (6),
c) gorączkowa, nawracająca furunkuloza (4),
d) Sycosis vulgaris (6),
e) Impetigo Tilbury Fox (3),
f) Impetigo Bockharta (3),

a) Dwaj chorzy dotknięci Ecthyma vulgaris kończyn dolnych cierpieli na znaczne osłabienie ogólne, adenitis inguino-cruralis i stałą zwalniającą gorączkę; leczenie miejscowe nie wykazało żadnego wpływu na przebieg choroby. Natomiast już po drugiem

wstrzyknięciu Omnadiny gorączka opadła w sposób krytyczny, stan ogólny poprawił się, obrzmienie gruczołów zmniejszyło się. Po 8 wstrzykiwaniach wyleczenie.

b) U 6 chorych z Eczema impetiginoides, zapaleniem naczyń chłonnych, miejscowem obrzmieniem gruczołów limfatycznych, gorączką i t. d. okłady z kwasu bornego nie sprawiały żadnej ulgi. Po 6—8 wstrzykiwaniach Omnadiny nastąpiła poprawa i wreszcie wyleczenie.

c) Czterej chorzy dotknięci czyracznością wykazywali nadzwyczajną skłonność do uporczywych nawrotów. W dwóch przypadkach Omnadina umożliwiła ostateczne wyleczenie, w dwóch zaś pozostałych trzeba było zastosować również i leczenie miejscowe.

d) We wczesnych przypadkach figówki pospolitej (Sycosis vulgaris) leczenie Omnadiną szybko sprowadzało polepszenie; przypadki starsze okazywały się bardziej odporne i nie dawały naogół pomyślnych wyników.

e) W przypadkach liszajców (Impetigo) leczenie Omnadiną zawodziło zupełnie.

Dr. A. Scarpa, Triest.
(Progr. di Terap. 1934, Nr. 1).

Znaczenie białka w przemianie materji i przy leczeniu diabetyków.

Istnieją trzy główne drogi, któremi ustrój zaopatruje się w potrzebny mu cukier. Przedewszystkiem ulegają przemianie na cukier węglowodany zawarte w pokarmach, następnie związki białkowe (poprzez kwas propionowy) i wreszcie tłuszcz ustrojowy (poprzez ketole). Organizm zwraca się do wytwarzania cukru z białka zwłaszcza wtedy, gdy jak np. przy obfitym dowozie węglowodanów — potrzebuje jedynie niewiele cukru tłuszczowego. Nadmiar białka zostaje w ten sposób wykorzystany w postaci cukru. Wynika z tego, że obfite dostarczanie cukru oszczędza białko. Tłuszcz przemienia się na cukier w ten sposób, że metylglioksal, pochodzący z białkowej przemiany materji, łączy się z kwasem acetooctowym, powstającym podczas rozkładu tłuszczu i wytwarza się ketol, który poprzez kwas mleczny zamienia się w cukier. Zarówno wytwarzanie cukru jak i rozkład cukru na wodę i dwutlenek węgla nie mogą się odbywać bez insuliny. Najmniejsze ilości insuliny są potrzebne dla cukru węglowodanowego, największe dla cukru tłuszczowego. Tłuszcz stale przemienia się w cukier i to w stopniu tem większym im większy jest dowóz białka, gdyż ustrój spala białko pokarmowe bez żadnych resztek i zużytkowuje zawsze określoną część tego białka dla spalania tłuszczów. Z tego właśnie względu wszelki dowóz białka wywołuje swoiste dynamiczne podrażnienie i zwiększa podstawową przemianę materji o ilość kaloryj dostarczoną przez spalony jednocześnie tłuszcz ustrojowy.

U chorych cukrzycowych mamy do czynienia ze zbyt silnem natężeniem tłuszczowej przemiany materji, dla którego istniejące ilości insuliny nie wystarczają. Z tego względu u diabetyka dowóz białka musiałby z konieczności pogorszyć objawy chorobowe. Zwłaszcza kazeina wzmaga w znacznym stopniu u chorych cukrzycowych wytwarzanie cukru, prawdopodobnie ze względu na swą znaczną zawartość tyrozyny.

Opierając się na swej hipotezie, autor proponuje następującą dietę, jako najodpowiedniejszą dla chorych cukrzycowych: Znaczne ograniczenie dowozu białka, lecz nie węglowodanów; obfite dostarczanie zasadowych, zawierających dużo witamin pokarmów roślinnych; niewielka ogólna ilość kaloryj.

Dr. F. Friedrichsen, Neuenahr.
(Aerzte-Festschrift, Bad. Neuenahr 1885-1933).

Los chorych dotkniętych anemją złośliwą powikłaną zmianami rdzeniowemi.

Od roku 1925 do 1932 obserwowano na klinice 28 przypadków niedokrwistości złośliwej przebiegającej z powrózkowemi zmianami rdzeniowemi. U 14 chorych cierpienie rozpoczęło się od parestezji w kończynach. W 13 przypadkach stwierdzono język Huntera, w 15 przypadkach bezsoczność żołądkową. W 25 przypadkach zwracały na siebie uwagę znaczne zaburzenia czucia głębokiego. W 5 przypadkach obraz chorobowy był czysto spastyczny, w 7 przypadkach na plan pierwsze wysuwały się objawy wiądowe. Typowe kombinowane schorzenie powróz-

kowe stwierdzono w 13 przypadkach, 4 przypadki wykazywały wyraźny oczopląs, 3 — drżenie zamiarowe. Zaburzenia umysłowe wystąpiły u 2 chorych, u dalszych dwóch objawy obłąkania wystąpiły na krótko przed śmiercią. 5 chorych skarżyło się na zmniejszenie zdolności umysłowych. 23 chorych leczono surową wątrobą i wyciągami wątrobowemi (Campolonem). W 8 przypadkach stwierdzono poprawę, 4 pozostały bez zmiany i 11 zmarło, w tem 5 z powodu chorób niemających nic wspólnego z niedokrwistością.

Dr. H. Deml,

Klin. psychjatr. i neurolog. w Kilonji.
(Arch. Psychiatr. 1933, tom 99).

KURS DIETETYKI.

W okresie od 1.IV. do 6.IV.1935 r. włącznie odbędzie się przy II Klinice Chorób Wewnętrznych Uniw. Warsz. (Dyrektor Prof. Uniw. Warsz. Dr. med. Witold Orłowski) kurs dokształcający z dietetyki dla lekarzy. Tematy wykładów oraz zajęć praktycznych, które ogółem obejmują 37 godzin, są następujące:

I. Rola dietetyki w lecznictwie — Doc. Dr. J. Węgierko.

II. Dietetyka ogólna:
1. Biochemja białek, tłuszczów i węglowodanów — Prof. Dr. S. Przyłęcki.
2. Energetyka żywienia — Dr. E. Apfelbaum.
3. Przemiana mineralna i kwasozasadowa a żywienie — Dr. J. Glass.
4. Przemiana wodna a żywienie — Dr. J. Fliederbaum.
5. Nauka o pokarmach — Doc. Dr. S. Szulc.
(Pokarmy zwierzęce, roślinne, wchłanianie, przyswajanie, wydalanie).

III. Dietetyka szczegółowa:
1. Choroby żołądka — Doc. Dr. S. Cytronberg.
2. Choroby jelit — Doc. Dr. Z. Gorecki.
3. Choroby wątroby — Doc. Dr. W. Filiński.
4. Choroby narządu ruchu z uwzględnieniem skaz — Doc. Dr. E. Reicher.
5. Wychudnienie i otyłość — Dr. J. Roguski.
6. Cukrzyca — Doc. Dr. J. Węgierko.
7. Choroby krwi — Dr. A. Fidler.
8. Choroby narządu krążenia — Dr. A. Fidler.
9. Choroby gruczołów dokrewnych — Dr. A. Fidler.
10. Choroby narządu oddychania z uwzględnieniem gruźlicy płuc — Dr. J. Misiewicz.
11. Choroby nerek i dróg moczowych — Dr. W. Markert.

IV. Przyrządzanie pokarmów wraz z zajęciami praktycznemi — Mag. M. Morzkowska.

Opłata za kurs wynosi 30 złotych. Uczestnikom będą zapewnione mieszkania na ich żądanie po zniżonej cenie oraz zniżki kolejowe w drodze powrotnej. Po ukończeniu kursu wydawane będą odpowiednie zaświadczenia.

Zgłoszenia będą przyjmowane do dn. 15 marca 1935 r. Wpłata powinna być uiszczona do dnia 25 marca 1935 r. Informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia st. asystent II Klin. Chor. Wewn. Dr. J. Rydygier, Warszawa, ul. Nowogrodzka Nr. 59.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 478.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.